

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1904

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 25 février 1904, à 1 heure

Par EDOUARD PATTE

Né à Dieulefit, le 4 octobre 1877.

ESSAI

SUR

LA PELADE

D'ORIGINE GINGIVO-DENTAIRE

Président : M. HUTINEL, professeur.

Juges : MM. DIEULAFOY, professeur

MÉRY,
RENON, } *agregés*

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1904

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen..... M. DEBOVE.
Professeurs MM.

Anatomie.....	POIRIER.
Physiologie.....	Ch. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	R. BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	{ HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.....	{ BRISSAUD.
Anatomie pathologique.....	LANNELONGUE.
Histologie.....	CORNIL.
Opérations et appareils.....	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale.....	N.....
Thérapeutique.....	POUCHET.
Hygiène.....	GILBERT.
Médecine légale.....	N.....
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.....	DEJERINE.
	CHANTEMESSE.
	LANDOUZY.
Clinique médicale.....	{ HAYEM.
	{ DIEULAFOY.
	{ DEBOVE.
	{ GRANCHER.
Clinique des maladies des enfants.....	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	GAUCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.....	{ BERGER.
	{ LE DENTU.
Clinique chirurgicale.....	{ TILLAUX.
	{ TERRIER.
Clinique ophtalmologique.....	DE LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique d'accouchements.....	{ PINARD.
	{ BUDIN.
Clinique gynécologique.....	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile.....	KIRMISSON.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	DUPRÉ.	LEGRY.	RIEFFEL. <i>Chef des</i>
AUVRAY.	FAURE.	LEGUEU.	<i>travaux anatomiques</i>
BEZANÇON.	GILLES DE LA TOURETTE	LEPAGE.	TEISSIER.
BONNAIRE.	GOSSET.	MARION.	THIÉRY.
BROCA (AUG.).	GOUGET.	MAUCLAIRE.	THIROLOIX.
BROCA (ANDRÉ).	GUIART.	MERY.	THOINOT.
CHASSEVANT.	HARTMANN.	POTOCKI.	VAQUEZ.
CUNÉO.	JEANSELME.	REMY.	WALLICH.
DEMELIN.	LANGLOIS.	RENON.	WALTHER.
DESGREZ.	LAUNOIS.	RICHAUD.	WIDAL.
			WURTZ.

Secrétaire de la Faculté : M. GRISEZ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

202

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR HUTINEL

MÉDECIN DE L'HÔPITAL DES ENFANTS-ASSISTÉS
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Digitized by the Internet Archive
in 2026

AVANT-PROPOS

Il nous est un devoir bien agréable au début de cette thèse de témoigner notre respectueuse gratitude à notre vénéré maître M. le Dr du Castel, médecin de l'hôpital St-Louis, membre de l'Académie de médecine, et de le remercier bien sincèrement de l'enseignement clinique qu'il nous a donné et dont nous avons eu le bonheur de profiter pendant deux années consécutives dans son service de l'hôpital St-Louis. Nous avons appris de lui à voir sous un jour intéressant les difficultés théoriques et cliniques de la dermatologie. Il s'est enfin montré, à notre égard, non seulement un maître dévoué, mais un conseiller plein de sollicitude qui nous a maintes fois soutenu dans des circonstances difficiles.

Nous devons également remercier M. le Dr Sabouraud qui a bien voulu nous accepter dans son laboratoire et faciliter les recherches auxquelles nous nous sommes livré sur les malades de la consultation externe de l'Ecole Lailler.

Nous adressons aussi nos sentiments de gratitude à M. le Dr Chompret, médecin-dentiste des hôpitaux, qui, au service de stomatologie de l'hôpital St-Louis, n'a cessé de nous entourer de ses conseils éclairés, guidant notre inexpérience dans l'étude de la stomatologie.

Nous remercions aussi M. le Dr Combe, médecin-dentiste des hôpitaux, qui a bien voulu nous recevoir dans son service de la consultation dentaire à St-Louis, et nous a rendu

si intéressante cette branche spéciale par la précision de son enseignement.

Nous sommes heureux enfin de témoigner notre reconnaissance à M. le Dr Siredey, médecin de l'hôpital St-Antoine, qui a dirigé nos premiers pas dans la clinique médicale, ouvrant notre esprit aux études cliniques par de longues et intéressantes causeries au lit des malades ; à M. le professeur Duplay, à M. Walther, professeur agrégé ; à M. le Dr Cazin, chef de clinique, qui dans leur service de chirurgie à l'Hôtel-Dieu ont fait notre instruction de clinique chirurgicale ; à M. le Dr Hudelo, médecin des hôpitaux, dont nous avons suivi l'enseignement dermatologique avec intérêt et profit ; à M. le Dr Bonnaire, professeur agrégé, auquel nous sommes redevable de notre instruction obstétricale ; et enfin à M. le Dr Faisans, médecin de l'Hôtel-Dieu, dont nous avons suivi avec grand profit l'enseignement médical.

Que M. le Dr Jacquet, médecin de l'hôpital St-Antoine, veuille bien accepter tous nos remerciements pour l'intérêt qu'il a bien voulu prendre à cette critique de sa théorie si ingénieuse et si séduisante, de l'origine gingivo-dentaire de la pelade.

Nous adressons enfin nos respectueux remerciements à M. le professeur Hutinel qui a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse.

INTRODUCTION

M. Jacquet, après d'autres, a dit que la pelade était une affection banale occasionnée par beaucoup de causes différentes, mais la cause sur laquelle il a le plus insisté est la cause dentaire. Depuis deux ans se succèdent des publications à ce sujet, de lui et de ses élèves ; d'autres observateurs même apportent des cas analogues. Il n'entre pas dans ma pensée de nier la pelade dentaire : elle apparaît aussi difficile à nier qu'à établir ; mais je voudrais montrer qu'un très grand nombre de cas, par leur allure même, ou par l'ensemble des symptômes concomitants parmi lesquels ils arrivent à éclore, échappent à la théorie de l'origine dentaire. Je veux montrer, en somme, que même pour celui qui admettrait la théorie de Jacquet, il serait plus utile de connaître la cause des autres pelades, parce qu'elles sont en tout cas dix fois plus fréquentes. Je voudrais montrer qu'un certain nombre de pelades, par leur durée de plusieurs années, d'autres, par leurs récives multiples à dix ans d'intervalle, d'autres parce qu'elles s'accompagnent de troubles somatiques parfaitement reconnaissables, d'autres parce qu'elles touchent le système unguéal, échappent manifestement à toute corrélation avec les maladies du système dentaire. Il serait également invraisemblable d'attribuer à une origine dentaire la série très nombreuse, qui s'allonge tous les jours,

des pelades familiales qui font de la pelade une maladie aussi héréditaire que le psoriasis. Même à propos de la pelade dentaire, on pourrait se demander si une maladie de cause assez totale et assez profonde pour toucher à la fois le système pileux sur tout le corps, et les ongles, ne pourrait pas en même temps toucher les dents et si, des phénomènes qui sont interprétés comme cause ne seraient pas de simples effets.

Un autre point des théories récemment émises et qui me paraît sinon erroné, du moins fortement suspect : c'est l'unité foncière des pelades. Pourquoi cette unité ? Nous voyons des alopecies en aire de tout siège et de toutes rapidités de progression, de toutes évolutions. Celui qui examine attentivement des alopecies en aire de toutes origines ne confondra jamais celle qui suit un furoncle avec celle qui suit une plaque d'impétigo, il ne les confondra pas davantage avec la pelade vraie ; et dans ce que nous appelons la pelade vraie il y a sans doute plusieurs subdivisions nécessaires.

Il y a des taches tout à fait glabres et des tachés incomplètement glabres, il y a des pelades portant sur leurs bords une multitude de cheveux fragmentés, il y en a d'autres chez lesquelles les cheveux peladiques sont rares, et il y en a qui n'en présentent pas. Il y a des pelades de taches rondes, il y a des pelades en taches amorphes, il y a cette pelade ophiasique des bordures si incomplètement connue encore et dont l'évolution spéciale a été décrite par Celse. Il y a cette pelade évoluant sur terrain séborrhéique décrite par Sabouraud, que Brocq avait signalée auparavant. Pourquoi réunir tout cela et aborder la question d'ensemble alors que le détail nous est inconnu et que le même mot peut et doit recouvrir différentes entités morbides ? Si tout cela est la

même chose, comme on tend à le prétendre aujourd'hui, quelle différence y a-t-il entre les alopecies en clairières et les alopecies en aires ?

On trouverait certainement toutes les formes de passage entre les unes et les autres, et je ne vois aucune différence absolue entre les alopecies infectieuses et certaines pelades de convalescence. Ainsi aucune alopecie ne resterait un type morbide, toutes deviendraient un symptôme, et ce chapitre de nosographie deviendrait un chapitre seméiologique.

Nous avons vu maintes fois essayer de semblables révolutions en dermatologie, elles ont toujours mal tourné. Le déclassement des types villaniques, tels que le « pityrasis capitis », le « rupia », a toujours produit une confusion qui n'existait pas avant lui, et quand la dermatologie internationale a eu assez de recul pour juger de cette suppression, elle a toujours eu à le regretter. Si nous regardons dans leur ensemble les théories doctrinales émises sur un point quelconque de dermatologie, en un siècle, une seule a réussi : c'est la théorie de l'origine parasitaire des teignes ; toutes les autres ont échoué complètement, toutes les théories doctrinales de Bazin, toutes les théories anatomo-pathologiques de Hébra, etc. Et nous voyons aujourd'hui par l'effondrement de l'eczéma séborrhéique de Unna, qu'il en est encore de même pour cette question. Nous croyons qu'il en sera également de même pour la pelade, et que, aujourd'hui, comme au temps de Celse, les ouvrages destinés à demeurer en dermatologie et à aider ses progrès, sont ceux qui se refusent par avance à formuler des doctrines, si ingénieuses qu'elles puissent être, et qui étudient simplement les faits tels qu'ils se présentent à l'observation.

PREMIÈRE PARTIE

CHAPITRE PREMIER

Différence essentielle entre les alopecies en aires et les alopecies diffuses.

Une théorie récente veut identifier toutes les alopecies et ne voir aucune différence *spécifique* entre les unes et les autres. Il importe de dire combien cette synthèse, toute simple et agréable à l'esprit qu'elle puisse paraître, nous reporte loin en arrière, et combien, au lieu de faire faire un pas en avant à nos connaissances, elle constitue un recul dans le passé.

Que l'on considère, de temps à autre, et à bon escient, la dermatologie sous les espèces de la pathologie générale, rien de mieux. Mais en cela il est facile de faire des abus, et, pour présenter une belle synthèse, de fouler aux pieds l'observation des faits particuliers. Il y a longtemps, en ce qui concerne les pelades, que la description minutieuse de leurs symptômes les a différenciées des alopecies non peladiques, quelque forme qu'elles affectent. L'identification de tous les processus de dépilation ne saurait donc con-

stituer désormais un progrès. Le seul fait qu'un dermatologiste valable puisse, par l'examen attentif d'une plaque dépilée en induire rétrospectivement l'histoire préalable, différencier l'alopecie syphilitique d'une alopecie post-typhoïdique ; différencier une plaque de dépilation suite de gourme locale ou de traumatisme, d'une plaque peladique qui n'a été précédée ni d'un coup, ni d'une croûte impétigineuse ; différencier l'alopecie de l'impétigo à streptocoques de celle de l'impétigo folliculitique (de Bockhart), cela prouve jusqu'à l'évidence qu'il existe des symptômes caractéristiques des diverses alopecies en aires et que leur identification résulte d'une vue théorique et n'a par conséquent qu'une valeur verbale.

Lorsqu'on a appris à reconnaître les caractères du cheveu peladique, massué ou en épi ; lorsqu'on a vu sa présence au bord d'une plaque de pelade signaler d'une façon précise le point par où la plaque de pelade va s'agrandir ; lorsqu'on s'est convaincu soi-même, par l'observation de tous les jours, que jamais une plaque peladique ne s'agrandit sans que la lisière d'agrandissement ne soit occupée par un nombre de cheveux peladiques massués, proportionnel à la rapidité d'agrandissement de la plaque, on se rend compte que les ilots ou les rangs de « cheveux peladiques » autour d'une plaque en dépilation ont une valeur quasi-spécifique, permettant d'assurer la nature vraiment peladique d'une plaque alopecique donnée, et de distinguer par conséquent la plaque peladique des plaques alopeciques de tout ordre. Affirmer le contraire, est vraiment heurter par trop l'observation clinique ; aucun dermatologiste pratiquant n'accep-

tera une opinion en travers de laquelle viennent se placer les faits d'observation journalière.

D'abord il y a des alopecies dont la forme même révèle la nature, ainsi, en ses types normaux au moins l'alopecie spécifique ; il y en a d'autres dans lesquelles la forme du cheveu est le symptôme caractéristique, comme par exemple l'alopecie périphérique de l'impétigo de Bockhart, dans lequel la racine morte du cheveu prend une forme en crosse infiniment particulière ; dans d'autres cas, l'existence au centre d'une plaque d'une cicatrice de furoncle ou du traumatisme est le symptôme qui fixe d'abord l'œil du médecin, et il serait vraiment singulier dans ces cas, où un symptôme absolu exclut l'idée de pelade vraie, que le cheveu massué manquât toujours, s'il caractérisait toutes les alopecies indistinctement.

Je voudrais bien savoir aussi des cliniciens qui ont accepté cette thèse, s'ils ont jamais vu ces mêmes traumatismes qui donnent si facilement un placard d'alopecie autour du point traumatisé, devenir le point de départ d'une pelade en aires caractéristique : cela personne ne l'a jamais vu, parce que cela n'arrive jamais. Il y a donc entre les alopecies de causes locales diverses et la pelade vraie, des différences spécifiques non seulement dans l'aspect, mais aussi dans l'évolution. On peut faire aux fidèles de la théorie qui affirme la non-spécificité des symptômes de la pelade, le reproche inverse de celui qu'ils font à leurs adversaires : que beaucoup d'auteurs de la vieille école n'aient pas suffisamment regardé le malade, eux, peut-être, n'ont pas suffisamment regardé la maladie.

Aussi pour ne parler que des alopecies en aires, le clini-

cién doit reconnaître, avant tout interrogatoire du malade, les alopecies définitives par cicatrices des alopecies passagères non cicatricielles. Laisant ensuite de côté les alopecies cicatricielles qui sont hors de notre sujet, puisqu'elles sont définitives, et constituent la trace d'un état morbide passé, bien plus qu'un état morbide actuel, il reste une foule d'alopecies en aires non cicatricielles entre lesquelles l'examen du clinicien doit savoir faire des différenciations nombreuses.

Un œil attentif saura distinguer sur la surface alopecique le modèle en creux d'une croûte impétigineuse longtemps stagnante et de la dimension même de l'alopecie qui l'a suivie ; cette alopecie en aires aura la dimension des pièces de 0 fr. 50 à 1 franc, rarement plus. En d'autres cas le clinicien verra en cent points différents de petites aires, plus petites que cinquante centimes, il en fera sans hésiter les traces alopeciques de folliculites superficielles (impétigo de Bockhart), ou profondes (furoncles) ; ou bien il verra encore une cicatrice angulaire avec une bordure d'alopecie plus large qu'elle et il en conclura à une alopecie traumatique. Ainsi de suite.

Il existe d'autre part entre les alopecies proprement diffuses et les alopecies en aires toute une série d'alopecies infectieuses, qui procèdent diffusément, il est vrai, mais qui peuvent évoluer d'une façon tellement intense ou tellement prolongée, qu'elles constituent, sur un cuir chevelu, en alopecie diffuse, des aires alopeciques circonscrites. L'alopecie en aires qu'il faut désormais pour plus de clarté désigner sous le nom d'ophiasis, commence souvent, ainsi que Sabouraud l'a fait remarquer, par une alopecie diffuse sur une

surface limitée. Il n'est pas rare de voir survenir à la consultation de l'école Lailler, des enfants qui présentent, en arrière des oreilles le plus souvent, ou au-dessus d'elles, de petites aires alopéciques disséminées que l'on couvrirait du bout du doigt et sur lesquelles persistent à demeure des cheveux rares mais solides et d'apparence saine, tandis qu'autour de ces plaques minuscules, de très nombreux cheveux manquent déjà diffusément. C'est un processus que l'on voit aboutir plus tard à la constitution de grandes aires déglabrées, souvent confluentes, en bordure du cuir chevelu, et constituant la pelade en « arceaux » du segment occipital du cuir chevelu, si bien décrite par Celse et sur laquelle nous aurons nous-même l'occasion de revenir.

Il existe des alopécies syphilitiques dans lesquelles on peut au premier abord croire à de la pelade vraie, car elles simulent à s'y méprendre le tableau que nous avons tracé de l'ophiasis, avec cette différence que toujours les alopécies infectieuses ont une localisation pariétale élective. Il n'est d'ailleurs pas inutile de signaler ce fait que la pelade vraie et la syphilis ont des accointances justement soulignées par M. le professeur Fournier, et qu'on voit chez des syphilitiques une ancienne pelade bénigne récidiver lors de la période secondaire et prendre l'allure des pelades perpétuellement récidivantes. Sans nous attarder à ce dernier fait, on peut dire que les alopécies en clairières sont vraiment le terme de passage entre les symptômes objectifs des alopécies en aires, et les symptômes objectifs des alopécies diffuses. Du reste, il ne faut pas prendre les mots communément employés dans un sens trop strict : toutes les alopécies infectieuses peuvent être considérées comme étant

des alopecies en clairières, et les alopecies en clairières sont des alopecies en petites aires multiples. Il n'en reste pas moins avéré que le processus des alopecies en aires vraies, du type peladique par exemple, diffère visiblement pour les yeux, du type alopecique en clairières et des alopecies infectieuses dites diffuses. Voici comment j'exposerai ces différences : quand on examine le cuir chevelu d'un peladique, il semble qu'il y ait autant de points d'attaque du cuir chevelu qu'il y a d'aires en évolution. Chacune a un centre par lequel la lésion a commencé, et elle s'est agrandie par ses bords, suivant une progression excentrique parfaitement manifeste. Chaque plaque de pelade semble donc avoir, qu'on nous permette le mot, une personnalité distincte ; les plaques ne sont pas nées ensemble, elles n'évoluent presque jamais du même pas. Souvent la première est en guérison évidente quand d'autres surviennent. Un peladique peut avoir trois ou quatre plaques dont la guérison l'enchanté, lorsque surviennent brusquement deux ou trois autres plaques dont l'évolution sera grave.

Les partisans de l'hypothèse du docteur Jacquet ont beau dire que, ce qui a le plus appuyé l'hypothèse de l'origine microbienne de la pelade, c'est la forme en aires rondes et la dépilation complète ou incomplète qui rappelait celle des teignes parasitaires, cela n'a pas pu être et n'a jamais été l'argument vraiment clinique de ceux qui ont envisagé la pelade comme une maladie microbienne. Leur grand argument de fond c'est celui-ci : que dans les alopecies connues comme consécutives à un état général (typhoïde, syphilis), le système pileux est frappé en masse et réagit d'un seul coup, tandis que dans les alopecies peladiques, chaque

plaque garde une autonomie et semble résulter d'un processus particulier à elle, qui peut ne pas être celui suivant lequel évoluera la plaque voisine.

Sans doute, et dans les pelades qui se rattachent à un état général, ce caractère s'atténue jusqu'à disparaître, et l'on voit particulièrement des pelades qui marchent vers la décalvation totale de l'individu, où les plaques, dont quelques-unes pourtant au début ont semblé marcher vers la guérison, prennent toutes, et toutes ensemble, une marche envahissante, progressive, implacable. Il n'en reste pas moins vrai de dire que, dans la marche normale de la pelade, chacune des plaques est un centre morbide différent, ayant son point d'attaque, son expansion, ses limites, son évolution et sa guérison particulières. Ceci appuie singulièrement plus que l'aspect clinique grossier, l'idée d'une cause immédiate, présente en chaque plaque peladique et ayant comme une colonie microbienne, son « devenir » aléatoire chanceux, divers et particulier.

Au contraire les alopecies diffuses, soit qu'elles suivent un état général chronique, comme on en voit dans les tuberculoses viscérales, dans les suppurations chroniques, dans les albuminuries etc., etc., soit qu'on les observe brusquement trois mois après l'infection générale passagère, comme la roséole syphilitique, la typhoïde, la puerpéralité, etc., soit même qu'on l'observe après une maladie infectieuse locale ayant retenti sur l'état général comme l'érysipèle, toutes ces alopecies ont un caractère commun, celui-ci : que toutes leurs lésions, qu'on les prenne en un point quelconque du cuir chevelu, naissent ensemble à quelques jours près, se développent ensemble à quelques

jours près et de même guérissent ensemble. Ainsi, le gros caractère des alopecies diffuses c'est d'être très visiblement un symptôme corrélatif de quelque chose d'autre ; tandis que la caractéristique des alopecies en aires vraies, c'est de ne paraître en aucune façon soumises à une cause lointaine, mais bien de sembler avoir chacune une cause locale distincte agissant au centre de chacune d'elles. Et enfin, pour prendre une comparaison, les plaques de la vraie pelade en aire, de ce qu'en France tout le monde appelle la *pelade*, c'est d'avoir une évolution caractéristique, calquée sur celle des alopecies périphériques des furoncles : l'alopecie se prononce en aires rondes autour d'un point central d'où rayonne l'intoxication, sinon l'infection, comme on voit le furoncle, proportionnellement aux symptômes locaux qu'il a présentés, déterminer une aire alopecique tracée au compas autour de lui.

CHAPITRE II

Multiplicité certaine des alopecies en aires.

La question que nous traitons, comme toutes les questions de dermatologie, se trouve singulièrement compliquée par l'abus des mots techniques employés sans définition précise. Une des grosses difficultés de notre sujet, c'est que pour les uns le mot de pelade désigne toutes les alopecies en aires, tandis que les autres ne donnent le nom de pelade qu'à de certaines alopecies en aires d'un type objectif et d'une évolution particuliers. Nous aurons donc à envisager en deux chapitres successifs, d'abord la multiplicité des alopecies en aires, et ensuite la multiplicité des pelades ; le chapitre qui va suivre sera consacré à la première de ces questions.

Le phénomène de la mort du cheveu est banal et il se reproduit dans une foule de maladies soit diffusément sur tout ou partie de la chevelure comme dans l'alopecie pityrode par exemple ou dans l'alopecie qui fait les chauves ; soit sur des points bien localisés de façon à constituer des aires de déglabration. On sait que bien des causes peuvent interrompre momentanément la vie de la papille, sans pour cela détruire le cheveu à jamais, mais l'acte de la papille qui crée le cheveu étant un acte de sécrétion continue, on comprend que s'il est suspendu, fut-ce un jour, le cheveu doit tomber, quitte à être remplacé par un autre lorsque la

l'sécrétion de la papille recommencera. Il s'agit donc de savoir si des causes diverses peuvent avoir ce même effet de détruire momentanément l'activité des papilles. Or nous savons déjà que tous les états infectieux frappent de mort momentanée un certain nombre de papilles, en suspendent la fonction, d'où les alopecies dites infectieuses. Ces alopecies se font souvent en petites aires disséminées (alopecie en clairière), le type en est dans la syphilis, et l'on voit un certain nombre d'alopecies syphilitiques s'accompagner de véritables plaques, d'aires déglabrées qui peuvent avoir trois ou quatre centimètres de large. Il est donc certain, et tous les dermatologistes le savent, que les alopecies infectieuses, ordinairement diffuses, peuvent, par places, prendre la forme d'alopecies en aires sans perdre pour cela leur caractère général de diffusion.

Les traumatismes peuvent également suspendre la vie papillaire pour un temps plus ou moins long, même sans s'accompagner de brèches tégumentaires, aussi voit-on des traumatismes contus provoquer des ecchymoses infiltrées, œdémateuses et quelques semaines après, le cheveu tomber sur toute la surface traumatisée. Quelquefois le traumatisme a pu faire une brèche aux téguments sans provoquer de dépilation, et la dépilation a suivi non plus le traumatisme lui-même, mais l'infection locale qu'il a lui-même déterminée, ainsi une nodosité lymphangitique ou un abcès.

L'abcès lui-même peut causer de l'alopecie sans qu'aucun traumatisme appréciable ait eu part à sa genèse, ainsi un furoncle ou un abcès péri-folliculaire même quand il n'a eu qu'une dimension très restreinte peut déterminer une aire alopecique autour du follicule qu'il a frappé, et cette aire

alopécique varie ordinairement de dimension avec celle de la suppuration causale. Un abcès gros comme une noisette donnant environ une aire alopécique de la grandeur d'une pièce de cinq francs, une suppuration grosse comme un grain de chènevis donnant lieu à une alopécie de trois ou quatre millimètres de diamètre, il est impossible de supposer dans ces cas que toutes les papilles pilaires sous-jacentes à l'alopécie ont été touchées par la suppuration elle-même qui a suspendu le travail piloformatif de la papille et par conséquent a provoqué l'alopécie. C'est là un phénomène qui a été nommé par Besnier le premier : *sidération de la papille*.

La papille pileaire de l'homme et des animaux est excessivement sensible à toute cause de destruction, mais il faut bien dire qu'elle est *électivement* sensible à ces causes, et que beaucoup qui sembleraient devoir la détruire, ne suspendent même pas sa fonction.

Il existe cependant un certain nombre d'agents chimiques avec lesquels on peut provoquer au point où l'on veut la formation d'une suppuration, laquelle devient d'ailleurs immédiatement microbienne et se conduit comme une folliculite à staphylocoque. Telle est par exemple l'huile de croton ; son emploi dans le traitement des teignes cryptogamiques est basé sur ce fait de la dépilation post-folliculitique qu'il provoque. L'inflammation du follicule atteint plus ou moins la papille ; si la suppuration la détruit, l'alopécie sera cicatricielle et irrémédiable, si au contraire la papille n'éprouve que l'action à distance de la suppuration qui se fait au-dessus d'elle, elle cessera sa fonction, le cheveu tombera, mais sera remplacé à quelques semaines d'in-

tervalle, par un autre. Nous avons là un exemple expérimental de l'alopecie qui suit les suppurations et qui peut être définitive ou passagère suivant l'intensité de la blessure éprouvée par la papille.

Jusqu'ici le mécanisme de l'alopecie dans les folliculites est très facile à comprendre, mais nous allons avoir à envisager tout un groupe d'alopecies en aires dont le mécanisme est infiniment moins facile à comprendre. Un certain nombre d'infections microbiennes épidermiques, qui ne touchent que la surface de l'épiderme, s'accompagnent pourtant de la chute totale des cheveux de la surface infectée ; ainsi dans l'impétigo, la gourme vulgaire, ainsi dans certains pityriasis.

Dans la gourme on voit d'abord survenir une phlyctène claire, de parois minces, bientôt rompues. Par l'effraction sort une quantité considérable de sérum qui s'effuse à la surface de la peau et se concrète bientôt sous forme d'un disque jaune, de couleur ambrée, de consistance mielleuse tant que la coagulation est incomplète, et dont la cassure devient cristalline lorsque la croûte est entièrement coagulée. Cette croûte en vieillissant devient cartonnée. Elle est très adhérente à la peau par cette raison qu'elle emprisonne les cheveux qui la traversent, et quand elle tombe, il est fréquent de voir tomber avec elle, sans traction et sans douleur, tous les cheveux qu'elle emprisonnait. Et ces cheveux présentent pour la plupart un bulbe plein, c'est-à-dire qu'ils étaient bien morts lorsqu'ils sont tombés, et que ce n'est en aucune façon l'extraction mécanique de la croûte qui a déterminé leur chute.

La gourme, l'impétigo vulgaire du cuir chevelu, nous

présente ici l'une des plus fréquentes des dépilations en aires. C'est précisément celle qui a été longtemps considérée comme la pelade contagieuse des écoles, parce que l'impétigo est contagieux et épidémique, et qu'après lui, quand il siège au cuir chevelu, de nombreuses dépilations en aires s'en suivent, qui passaient jadis pour de la pelade. Or il est indubitable que l'impétigo est la cause de l'alopecie en aires dans ces cas, puisque l'alopecie dessine toujours la forme et la dimension des croûtes qui l'ont précédée.

Pourtant, on a peine à concevoir le mécanisme de cette alopecie, car la lésion de l'impétigo est des plus superficielles, elle n'envahit jamais le follicule, même dans l'épiderme de la surface, l'exulcération ne dépasse jamais le « stratum granulosum » (Sabouraud). Le plus souvent cet impétigo, tant qu'il ne se complique pas d'infection secondaire, ne s'accompagne pas de ganglions. Il y a donc extrêmement peu de toxines absorbées par le tégument et cependant l'aire alopecique s'en suit quand même. L'étude attentive de ces cas semble dire que la dépilation est plutôt le résultat de l'occlusion permanente de la peau et peut-être de l'occlusion des orifices pilaires, c'est-à-dire résulte plus d'une cause mécanique que d'une cause chimique et microbienne.

Ce qui contribue le plus à étayer cette opinion, c'est quand on voit la même alopecie, de même forme, suivre certains pityriasis en plaques localisées. Nous avons vu souvent à la clinique externe de l'Ecole Lailler, M. Sabouraud nous montrer ce pityriasis spécial des enfants dont l'aspect rappelle ce que produirait l'application d'une tache de savon noir en divers points du cuir chevelu, et nous avons été témoin de l'extraordinaire pouvoir de dépilation de ce pityria-

sis singulier qui, de la même façon que l'impétigo, laisse complètement glabres pour un temps variable mais souvent assez long, les points du cuir chevelu qu'il a occupés.

On voit déjà par les simples pages qui précèdent combien la question des alopecies en aires non peladiques est complexe. Il faut, sous le nom d'alopecies en aires non peladiques, comprendre toute la série des aires déglabrées qui relèvent d'un traumatisme physique, chimique, ou, si l'on peut dire, morbide local, ou même d'une infection plus générale comme nous l'avons dit, et réserver le nom de *pelade* aux alopecies en aires que l'on peut dire essentielles, c'est-à-dire avant lesquelles il est impossible de reconnaître un état morbide pré-peladique local ou général quelconque.

Certains ont voulu dire que tous ces états morbides étaient identiques, qu'il n'existe qu'une réaction morbide de la papille qui est sa disparition momentanée, d'où l'alopecie s'ensuit naturellement, et que ce phénomène normal et naturel à certaines époques de la vie, à certaines époques de l'année, peut suivre des causes locales voisines ou générales quelconques, et qu'il n'y a aussi nulle différence entre ce que nous appelons la *pelade vraie* et les plaques alopeciques consécutives à l'infection générale ou aux traumatismes, du type de celles que nous venons de considérer (Jacquet).

Mais il y a toutes espèces de raisons que nous discuterons plus loin pour séparer les alopecies essentielles des alopecies symptomatiques, *car ce qui caractérise un type morbide est plus encore son évolution que ses symptômes*. Nous verrons tout à l'heure la régularité de marche de la pelade, ses récidives, la multiplicité de ses points d'attaque, leur évolution autonome et excentrique, etc., tous signes

qui constituent aux alopecies peladiques une autonomie clinique absolue.

Ce qui caractérise au contraire les alopecies en aires symptomatiques dont nous venons de parler, c'est qu'elles sont liées de la façon la plus étroite et la plus reconnaissable à la cause qui les produit.

Ainsi, on suit immédiatement la consécution qui existe entre une croûte d'impétigo et la plaque alopecique consécutive, dans la gourme vulgaire ; ou bien, dans l'impétigo folliculaire de Bockhart, on retrouve l'aire alopecique ronde autour de la cicatrice folliculaire qui signale le point exact où la folliculite causale a évolué. Ainsi de suite.

Ainsi donc il se peut que le mécanisme de la chute du cheveu soit le même dans l'alopecie peladique vraie et dans les alopecies en aires qui sont seulement peladoïdes. C'est un point à débattre en lui-même, et que M. Jacquet a trop vite résolu par la négative. Ce que l'on peut dire, c'est que les différences, s'il en existe, entre le mode alopecique de la pelade et celui des aires peladiques n'est pas connu, et par conséquent est à étudier. Mais, ce que l'on peut signaler de certain, c'est que beaucoup des symptômes propres de la pelade, même au simple point de vue objectif, particulièrement l'existence des poils massués peladiques, dans la pelade, que l'on ne retrouve pas autour des aires alopeciques post-impétigineuses par exemple, suffisent à faire distinguer par le clinicien une alopecie peladique d'une alopecie qui ne l'est pas. Et, par conséquent, la différenciation que la clinique permet de faire entre les alopecies essentielles et les alopecies symptomatiques a toutes raisons cliniques d'être conservée.

Il y a pourtant une petite aire alopécique de mœurs spéciales et qui se conduit toujours à la façon des aires alopéciques post-impétigineuses bien que l'on ne puisse reconnaître à sa naissance aucune lésion inflammatoire de sa surface. Ordinairement c'est une aire unique grande au maximum comme une pièce de 1 franc, le plus souvent comme une pièce de cinquante centimes, très déprimée, en soucoupe, entièrement glabre et non entourée de cheveux peladiques. Telle on la voit au premier jour, telle elle demeure. Elle ne s'agrandit jamais. Elle dure des mois, quelquefois un an et demi et se recouvre lentement de cheveux qui demandent souvent des années avant d'avoir l'aspect, le diamètre et la dimension des cheveux normaux du voisinage. C'est là la peladoïde atrophodermique de Sabouraud et caractérisée en effet par l'atrophie profonde du derme, d'où la lenteur de renouation pileaire à sa surface.

Il semble que dans ces cas il s'agisse d'une lésion locale dont l'évolution copierait celle de l'impétigo et de la dépilation qui le suit, mais que le stade inflammatoire ou impétigineux, serait en cette espèce, si passager, que l'observation arriverait toujours trop tard pour en avoir connaissance, et que pourtant cette lésion serait assez profonde pour déterminer une atrophie dermique notablement plus prononcée que celle qui accompagne les alopécies post-impétigineuses ou post-pityriasiques. Ce type doit être conservé jusqu'à plus ample informé comme un type clinique du même genre que les précédents, bien que sa cause demeure obscure.

CHAPITRE III

Multiplicité probable des pelades.

La question de la multiplicité des pelades suppose qu'on parte d'une définition précise de ce qu'il faut entendre par ce nom ; or, tous les dermatologistes s'entendent lorsqu'il s'agit d'une pelade typique, et ne s'entendent plus lorsqu'il s'agit de types moins bien accusés et moins connus d'alopecie en aires. Ceci revient à dire que la question de la pluralité des pelades est avant tout une question de définition. Il est entendu d'abord que les alopecies en aires ne sont pas toutes d'origine semblable, tout le monde connaît les plaques alopeciques produites autour d'un furoncle, autour d'un traumatisme, autour d'un abcès ; tout le monde a vu des alopecies en petites aires consécutives à une infection générale, c'est-à-dire des cas où l'alopecie en clairière est devenue une alopecie en petites plaques. On voit qu'une plaque alopecique peut avoir des causes très différentes. Mais en dehors de ces alopecies en plaques que l'on pourrait appeler « peladoïdes », il existe une ou des affections caractérisées uniquement par la déglabration en aires, sans que cette déglabration ait été précédée sur place d'un phénomène visible quelconque. Il y a donc dans le sujet à différencier d'abord les alopecies deutéropathiques consécutives à un phénomène antérieur (traumatisme, infection locale, etc.), il y a ensuite des alopecies en plaques idiopathiques

ou, pour mieux dire protopathiques dans lesquelles il est impossible avant la déglabration de retrouver l'existence antérieure d'un phénomène premier, cause de la déglabration et qui soit constant. Jusqu'ici, les dermatologistes s'étaient peu à peu entendus, pour distinguer entièrement ces deux classes d'alopécies en aires, et pour séparer de la façon la plus absolue celles qui relevaient d'une cause locale certaine (alopécies post-furonculeuses, post-impétigineuses, post-traumatiques, etc.), des alopécies en aires essentielles et c'est à ces dernières seules qu'on réservait le nom de Pelade.

La théorie de Jacquet a remis en discussion cette division préalable du sujet. Pour lui, il n'y a pas de différence absolue entre une plaque alopecique post-furonculeuse et une pelade. De ce fait que tous les enfants qui ont des folliculites du cuir chevelu ne font pas des plaques alopeciques autour d'elles, il tire cette déduction un peu bien hasardée : que les individus qui font des plaques alopeciques après des furoncles ont une propension idiopathique à faire des alopecies en plaques. Pourtant, s'il est permis de penser que tous les individus n'ont pas leurs papilles pilaires sensibles semblablement aux traumatismes ou aux poisons, on peut penser inversement, et avec autant de certitude, qu'une folliculite sera infectante et toxique autour d'elle dans un rayon qui dépendra de l'intensité de pullulation du microbe qui l'a causée, de sa race, de sa virulence et de la profondeur à laquelle son évolution dans le follicule se sera faite.

Mais, laissons de côté cette autre question subsidiaire. Comme toujours, en dépit des théories, la dermatologie reviendra à la différenciation des types objectifs, lorsqu'ils

présentent réellement des raisons objectives d'être différenciés ; et il n'y a nul doute pour tous ceux qui étudient des alopecies avec soin, que les alopecies en aires consécutives à un traumatisme, à une infection ou une intoxication locale, comme les aires alopeciques post et péri-furonculeuses par exemple, ont des caractères différentiels absolument nets, permettant à un œil exercé de ne jamais confondre de telles alopecies avec les alopecies en aires, essentielles, différenciées par Johnson et Bateman au début du siècle dernier. Et la question se pose, non pas de savoir s'il y a plusieurs alopecies en aires, car la question est tranchée d'une façon affirmative par toute la dermatologie, sauf par le Dr Jacquet et ses élèves immédiats, mais bien de savoir s'il y a plusieurs pelades, c'est-à-dire s'il y a plusieurs types objectifs et évolutifs d'alopecies en aires *essentiels*, je veux dire d'alopecies en aires évoluant sans avoir été précédées d'aucun symptôme local et général, préalable et constant.

La question est extrêmement obscure, car nous savons déjà que l'étiologie de la pelade est inconnue, sans quoi la question de la multiplicité des pelades ne se poserait pas et serait déjà tranchée. Il faut bien convenir d'avance qu'entre les plaques caractérisées par l'alopecie de leur surface, les différences objectives ne peuvent être qu'assez minimales. Enfin, nous savons tous qu'un même type dermatologique, même très monomorphe, comme le psoriasis, par exemple, n'affecte pas toujours les mêmes identiques symptômes, et il se pourrait fort bien qu'une même pelade sur des individus différents ne soit pas la même. Voici cependant ce que l'on peut dire.

Il existe particulièrement chez l'enfant, mais il peut exister d'ailleurs à tout âge, un type peladique ayant une tendance des plus manifestes à s'attaquer d'abord au segment occipital du cuir chevelu et ensuite à ses bordures. Ce type est caractérisé avant tout par la très longue durée habituelle : de six mois à des années ; par l'amorphisme de ses plaques isolées, par l'incertitude de son évolution marchant tantôt bien, tantôt mal, par sa guérison habituelle ou au moins fréquente à la puberté, enfin par ses récives qui peuvent être subintrantes même après la puberté et occuper la vie entière du malade. Cette pelade comporte sûrement l'existence du cheveu dit peladique sur ses bords aux points où les lésions sont en voie d'augmentation.

Est-ce la même pelade que l'on voit évoluer avec une rapidité quelquefois foudroyante chez des enfants ou des adultes, sans causes perceptibles et souvent avec un état général florissant ; ne pas même se cantonner au cuir chevelu, mais faire tomber les sourcils, les cils, la barbe et le poil du corps ; durer des années et même toute la vie ; s'accompagner souvent des plaques achromateuses de Cazenave ou même de vitiligo parfaitement caractérisé, ou encore de plaques de morphee ; durer sans modification, souvent, au moins, pendant des années, et ne jamais aboutir en tout cas à la réintégration totale de la chevelure et à peine au retour de quelques follets lanugineux, par touffes rares et clairsemées ?

Est-ce encore la même pelade qui après avoir commencé comme l'ophtalmie de l'enfant se termine par la sclérose et la disparition du follicule, et par la formation d'une cicatrice ?

trice de la surface, dans laquelle quelques poils seulement auront survécu ?

Est-ce encore la même pelade cette alopecie en aires peu nombreuses chez l'adulte, pelade d'une évolution ultra bénigne, qui commence sur un cuir chevelu couvert de pityriasis à squames larges et dessine rapidement des plaques rondes, de trois centimètres de diamètre ; d'une évolution tellement bénigne et rapide qu'avant que la dépilation en soit complète, le centre présente déjà des follets de repousse, et dont l'évolution copie à s'y méprendre celle des alopecies en aires post-impétigineuses, sauf [qu'il est impossible de retrouver avant elles l'existence d'un impétigo.

Enfin qu'est-ce encore que cette alopecie en aire unique de l'enfant, alopecie déprimée en soucoupe, que le médecin ne voit jamais débiter, mais que les parents mêmes ne montrent au médecin que quand elle est déjà accomplie, qui n'est jamais bordée de cheveux peladiques, qui ne s'agrandit jamais, ne se multiplie jamais et demeure toujours en aire unique, mais dont la lenteur de repousse est telle, qu'il peut s'écouler plus d'un an avant qu'elle ne soit complète ?

Autant de questions sans réponses, puisque nous manquons de réponses expérimentales, qui sont les seules que la médecine d'aujourd'hui, avec raison, veuille accepter, et ce n'est pas lorsque nous nous élevons contre les théories conjecturales fournies en ces derniers temps sur cette question, que nous nous exposerons aux mêmes reproches. Néanmoins, tout ce qui précède montre que c'est trop tôt dire : la pelade est univoque quelle que soit sa cause ; et qu'il faut dire, au contraire, que, quand on étudie minutieusement

les symptômes objectifs des alopecies en aires essentielles, on arrive à en distinguer sinon des espèces, au moins des variétés objectivement très différentes. Il faut même dire que sur le même individu, la même pelade garde toujours ses caractères. On voit ainsi un même sujet présenter partout le bord de ses plaques entouré d'une zone régulière de cheveux massués; chez d'autres, ces cheveux massués sont remplacés par des cheveux en épis de forme constante et très particulière. Chez d'autres on voit la progression excentrique de l'alopecie signalée non plus seulement par la forme des cheveux malades, mais par leur couleur; et ces cheveux prennent une couleur acajou, une couleur puce, très particulière pour l'œil du clinicien, dépendant évidemment de modifications profondes dans la sécrétion pigmentaire des papilles. D'autres pelades montreront un pourtour cerné de cinq ou six rangs constants de cheveux peladiques; or la durée du cheveu peladique est toujours éphémère; le plus souvent quand il a pris cette forme courte et massuée, il tombe complètement quelques jours plus tard. Eh bien, dans un certain nombre de cas, ce cheveu peladique demeure des mois sur place, et la plaque chauve se trouve entourée d'un liseré de plus de 1 centimètre de large, qui, de la périphérie vers le centre, montre des cheveux encore solides sur la peau, mais de forme de plus en plus peladique, atténuée et atrophique. Voilà un type qui est rare, mais qui existe, et que j'ai vu pour ma part plusieurs fois. Est-il le même exactement, est-il une espèce ou une variété différente de la pelade ordinaire, dans laquelle le cheveu peladique ne se montre qu'au point précis où la plaque va s'accroître immédiatement, et disparaît en quelques jours,

laissant au point qu'il occupait de la périphérie de la plaque, une encoche toute nue ? Autant de questions sans réponses.

On a cru, avec les premiers travaux de Sabouraud sur l'infection microbacillaire de certaines plaques de pelade, que l'on touchait au moment où la question allait rentrer dans le domaine expérimental, mais malgré la précision de distribution de l'infection séborrhéique à la surface de certaines plaques de pelade en aires rondes, maintenant que l'on connaît mieux la séborrhée microbacillaire, il semble bien que cette infection dans la pelade ne signale qu'un état de moindre résistance des follicules. Mais ceci demeure encore un problème de plus à ajouter aux autres, car, sur des sujets expérimentaux, il faut avoir reproduit les expériences mêmes que l'on croit insuffisantes pour avoir le droit de les discuter.

Ainsi, et pour conclure, si le processus de dépilation et l'atrophie du cheveu qui le précède, à les envisager grossièrement, sont à peu près semblables dans tous les cas (nous étudierons ce point dans un autre chapitre), il faut néanmoins reconnaître que toutes les alopecies en aires n'ont pas la même cause, car il y en a dont nous connaissons l'origine ; et en outre dans celles dont la cause nous échappe, il est fréquent de reconnaître, suivant les cas, des différences objectives et évolutives telles que personne pour le moment n'est en droit d'affirmer leur absolue communauté de mécanisme et leur communauté d'origine.

CHAPITRE IV

Fréquence plus grande du type ophiasis chez l'enfant.

Tous ceux qui se tiennent au courant de la question des pelades savent que l'un des types décrits par Celse, et certainement le mieux décrit par lui, est l'ophiasis des Grecs, appelée, dit-il, ὀφίασις, de sa ressemblance avec un serpent. Comme toutes ses descriptions, celle-ci tient en sept ou huit lignes, mais elle est d'une vérité tout à fait frappante. « Cette maladie commence, dit-il, par l'occiput, ne dépasse pas deux doigts de large, s'étend au-dessus des deux oreilles par deux têtes qui quelquefois vont se rejoindre au-devant du front ». Il ajoute déjà que cette maladie est plus fréquente chez l'enfant. Cette description à peu près négligée des auteurs modernes, sauf de Tenneson dans l'ouvrage duquel on retrouve mentionnés les propres termes de Celse, fut remise en valeur par Sabouraud dans le *Traité des maladies de l'enfance*, en 1897. Ayant l'observation de tous les enfants atteints de pelade et internés à l'École Lailler, Sabouraud fut frappé de l'extraordinaire fréquence, chez les enfants confiés à ses soins, du type ophiastique, et il fit de cette maladie une description plus complète que toutes celles qui en avaient été faites jusqu'alors.

Il est certain que cette maladie n'est pas aussi spéciale à l'enfance que Celse et Sabouraud l'ont dit, on la ren-

contre chez l'adulte, et peut-être encore en une notable proportion des pelades qu'il peut présenter, mais ce chiffre se trouve réduit par ce fait que la pelade est moins fréquente chez l'adulte que chez l'enfant.

Parmi les caractères principaux de cette pelade, il faut noter en dehors de ceux déjà mentionnés par Celse la coexistence de plaques situées en dedans de la bordure des cheveux, sur un point quelconque du cuir chevelu. Ces plaques ont généralement pour caractère leur amorphisme (elles ne sont pas rondes); elles ont un autre caractère encore, c'est que leur dépilation est très souvent incomplète. Il persiste sur leur surface un certain nombre de cheveux longs, solides, qui peuvent ne pas tomber pendant toute la durée de la maladie; ce caractère est d'ailleurs irrégulier. Du reste dans les périodes d'extension de l'ophiasis, des plaques nouvelles se prononcent peu à peu en plein cuir chevelu, à quelque distance des plaques existant déjà, et cet îlot peladique se rattache aux surfaces peladiques déjà existantes, par un prolongement qui fait de l'île une presqu'île. Ainsi se forme au bord supérieur de la bande peladique entourant le cuir chevelu, tout un système d'arceaux quelquefois extrêmement bien découpés et d'une façon régulière, dont il existe, par exemple, un beau moulage au musée de l'hôpital St-Louis.

L'intensité de cette affection, son développement, sa durée, les récidives, sont autant de faits variables suivant les cas et les sujets, mais en général c'est une maladie lente, d'évolution irrégulière, avec rémissions et rechutes, très fréquemment récidivante, quelquefois héréditaire (Sabouraud). Il semble que cette maladie ne puisse pas être considérée comme contagieuse sans qu'on puisse en donner

une théorie étiologique qui soit valable pour le moment.

Il est du reste amusant de souligner ce fait, que l'affirmation de la non-contagiosité de cette pelade et la négation de son origine parasitaire ait été apportée par Sabouraud en 1897, et que pourtant l'opinion publique médicale fasse de lui un protagoniste de la contagiosité certaine et uniforme de toute pelade, alors que précisément c'est après son mémoire sur l'ophiasis, que les premiers travaux récents sur la non-contagiosité de la pelade ont été produits.

Il est pour le moment une question très difficile dans le sujet, celle de savoir si l'ophiasis se limite exclusivement aux seuls faits dans lesquels sa localisation aux bordures du cuir chevelu est évidente. Il est d'abord certain qu'une pelade dont l'évolution ophiasique sera manifeste et indiscutable peut commencer en un point quelconque du cuir chevelu, et qu'à un moment donné, avant la production des plaques en bordure, il est impossible dans ces cas d'affirmer qu'il s'agit d'une pelade ophiasique. Donc l'ophiasis peut commencer ailleurs qu'à l'occiput et même ailleurs qu'au-dessus des oreilles, à la tempe et au front, débuts anormaux de l'ophiasis que le travail de Sabouraud avait déjà mis en lumière.

On peut donc se demander si une pelade de même nature que l'ophiasis ne pourrait pas évoluer sur le cuir chevelu pendant toute sa durée sans que sa localisation aux bordures soit évidente et si l'on est en droit d'établir une barrière absolue entre la pelade ophiasique et les autres alopecies en aires essentielles.

On comprend que les partisans de l'unicité du syndrome peladique n'aient pas manqué de profiter de l'incertitude

que nous signalons et d'affirmer qu'il n'y a qu'une pelade dont le syndrome ophiasis est une variété. On peut soutenir cela comme le contraire. Aussi, ne nous y attarderons-nous pas, tout en faisant remarquer que tout au moins dans la durée de son évolution, dans sa plus grande fréquence chez l'enfant, dans son type évolutif, la formation de ses plaques secondaires, etc., etc., on peut trouver les éléments de différenciation d'une espèce, bien que pour cette espèce nosologique, comme pour beaucoup d'autres en dermatologie, ses frontières strictes soient assez difficiles à établir d'une façon sûre, et que dans les diverses sortes de pelades, comme entre beaucoup de dermatoses, les formes de passage ne manquent pas.

Dernièrement encore, certains qui n'admettent pas aisément des modifications au vieux cadre dermatologique qu'ils ont reçu de l'enseignement de leurs maîtres, ont voulu nier la valeur et l'utilité des différenciations entre les pelades. Qu'il s'agisse de doctrines scientifiques ou politiques, il y aura toujours des conservateurs. Ce que je crois, personne ne peut nier, parce qu'il s'agit de l'observation directe des faits et des statistiques, c'est que parmi les enfants de l'École Lailler, la proportion des ophiasis, parmi toutes les alopecies essentielles en aires qu'on y rencontre, est de 80 à 85 p. 100, les 15 ou 20 p. 100 qui ne s'y trouvent pas compris étant les cas dans lesquels le type ophiasique n'est pas certain.

De quelque façon que l'on interprète la doctrine, et pour ne rien préjuger des faits inconnus, pour s'en tenir en un mot et strictement aux faits visibles et tangibles en ce sujet, ce qu'il faut dire, c'est que, espèce ou variété, l'ophiasis

est presque la seule pelade que l'on rencontre chez l'enfant, et qu'inversement chez l'adulte on trouve un très grand nombre de types peladiques objectivement différents de l'ophiasis, et qui n'en présentent ni la localisation, ni le type objectif, ni l'évolution, ni la durée.

Pour rester dans la vérité stricte des choses, et ne prendre parti dans aucun sens, il faut que nous ajoutions ceci : c'est que toutes les pelades vraies, c'est-à-dire toutes les alopecies en aires essentielles, de cause inconnue, sont récidivantes ou peuvent l'être, soit qu'elles affectent la forme de l'ophiasis, soit qu'elles affectent des symptômes d'une évolution toute différente. Il est évident que les partisans de l'unicité peladique peuvent interpréter ce fait en leur faveur. Nous n'insisterons pas davantage sur ce chapitre, parce que c'est un de ces sujets sur lesquels beaucoup d'opinions inverses peuvent avoir cours en l'absence d'arguments qu'on puisse considérer comme décisifs, et aucune des deux opinions inverses en présence n'en peut émettre de semblables.

CHAPITRE V

Alopécies en aires à évolution bénigne et rapide sur des têtes portant des pityriasis gras, leur flore particulière.

Il existe chez l'adulte une pelade dont les caractères objectifs sont souvent tranchés et dont l'évolution elle-même semble spéciale. Si l'on n'a pas le droit d'en faire dès à présent une espèce nosographique, il faut au moins la décrire à titre de variété et rappeler la singularité de sa flore scrupuleusement étudiée par Sabouraud en 1896. Nous en avons vu nous-mêmes plusieurs cas, et nous tenons à en rappeler les caractères.

Elle n'a aucune préférence dans ses localisations régionales, rien surtout qui rappelle l'ophiasis et ses localisations d'abord occipitales et périphériques. Peut-être, au contraire, tendrait-elle à occuper de préférence cette région moyenne du vertex sur laquelle la calvitie se dessine, mais à l'exception de ses parties antérieures. La première apparition est très rapide : c'est subitement que se dessine une aire *ronde* dont tous les cheveux sont tombés ensemble. Elle est dès l'abord grande comme deux francs environ. Souvent elle demeure, surtout en son pourtour, couverte de petits cheveux courts, cassés, très distincts du cheveu peladique, car ils présentent le même diamètre du haut en bas ; leur extrémité supérieure ne dépasse le cuir chevelu que de *un à quatre* millimètres, et quand on les épile, au

lieu d'amener leur bulbe sec, à la façon du cheveu peladique, ils se terminent obtusément sans trace d'un bulbe quelconque. Ces cheveux sont toujours noirs, et nettement plus foncés que les cheveux de la même tête. Il n'est pas rare de trouver autour de la plaque des cheveux encore entiers, mais qui vont se casser ; ils sont alors couchés à la surface de la peau, comme des tiges de blé couchées par la grêle. Quand on les prend à la pince, ils cassent à deux millimètres de la peau et laissent en place un tronçon semblable à ceux que nous venons de décrire. Plus on examine la région centrale de la plaque, plus les tronçons de cheveux qu'elle présente sont courts et informes ; quelquefois ils sont inclus dans la peau sous forme d'un point noir analogue à la tête noire des comédons, mais plus foncés, et que l'expression fait sortir comme un comédon. Au premier abord la plaque est souvent irrégulière dans son contour, mais quand on épile à la main les cheveux qui viennent sans douleur, on observe que la tache s'est complètement arrondie ou au moins ovalisée ; et en aucun cas elle ne garde l'amorphisme si particulier des plaques de pelade ophiasique.

La surface de l'épiderme dans la région déglabrée demande à être étudiée en elle-même. Lorsque la plaque est tout à fait à son premier début, il n'est pas rare de trouver sa surface recouverte d'un pityriasis à squames grasses, compactes, et quelquefois quand ce pityriasis est enlevé, si l'atteinte de pelade a été très bénigne, on trouve au-dessous de lui, au centre de la plaque, de petits duvets frisés et lanugineux qui sont un début de repousse ; dans ce cas, ce signe excellent annonce une pelade d'une extrême bénignité et permet un pronostic favorable. Dans d'autres

cas, ce pityriasis n'existe pas, la surface de la plaque, qui est déglabrée déjà lorsque le malade se présente à l'examen, offre un aspect huileux très particulier et qui est beaucoup moins prononcé sur les bords de la plaque qu'en son centre.

Enfin, la surface de la plaque présente des orifices pilosébacés extrêmement dilatés, analogues à ceux qui sont si nettement hypertrophiés sur le nez des séborrhéiques ; et quand on fait un pli à la peau et qu'on l'exprime violemment, on voit sourdre de sa surface des filaments séborrhéiques minces, dans lesquels l'examen microscopique montre la présence du microbacille séborrhéique, décrit par Sabouraud, dans les séborrhées de tout siècle. Et il est à remarquer que le cylindre séborrhéique n'existe que sur la surface de la plaque et jusqu'à la périphérie, et que, de plus, cette pelade peut se rencontrer chez des sujets dont le cuir chevelu n'est aucunement entaché d'affection séborrhéique en dehors de la plaque peladique elle-même.

Les quelques cas que nous avons vus de cette pelade ont suivi une évolution relativement bénigne, on les a guéries sans trop de retard.

Il semble que nous ayons ainsi, de par l'expérimentation elle-même, aussi bien que de par la clinique, le droit de conclure d'une façon absolue à la pluralité des pelades et à la spécificité anatomique et bactérienne de celle-ci. Mais il faut être très prudent sur ce point, parce que sur des pelades totales, décalvantes, lorsque le tégument est devenu flasque et mou, chez l'adulte, on voit souvent l'infection séborrhéique généralisée à la totalité du tégument glabre. L'infection séborrhéique peut donc être interprétée comme

seconde à la déglabration même, dans les cas où on la rencontre exclusivement localisée à la surface peladique.

Quoi qu'il en soit, de par sa forme, de par celle de son cheveu malade, de par son aspect sur-gras, de par la lésion séborrhéique et l'infection micro-bacillaire localisée à sa surface, de par son évolution en général bénigne, il semble qu'il y ait bien là, comme nous le disions en commençant, au moins une variété particulière, et que la théorie qui unifie et identifie toutes les déglabrations en aires, tient vraiment trop peu de compte des signes objectifs de la plaque peladique elle-même. Il faut se rappeler que pour la plupart, les différenciations cliniques que les méthodes expérimentales ont justifiées, ont été faites d'abord par le seul examen clinique des lésions. Il faudrait une théorie bien plus unie, plus complète et mieux assise que celle de l'unicité de toutes les pelades, pour qu'on puisse faire bon marché des différences objectives, évolutives et microscopiques que l'on est parvenu dès à présent à ébaucher entre les divers types morbides qui ont été jusqu'ici appelés du même nom.

CHAPITRE VI

Complexus dermatologique chez les peladiques avérés.

Le chapitre qui va suivre ne peut être qu'une esquisse de pathologie générale dermatologique, mais il emprunte un particulier intérêt aux conclusions du chapitre précédent. D'abord rappelons la longévité de la maladie ou du syndrome pelade. Le premier, je crois, Besnier a parlé des pelades incessamment récidivantes, qu'il a dénommées « pelades perpétuelles » et dans lesquelles des plaques succèdent à d'autres d'une façon indéfinie. En dehors de ces cas où un peladique peut présenter 200 plaques d'évolution subintrante en dix ou quinze ans, et dans lesquels le malade, pendant des années, n'a pas cessé d'être un peladique, il y en a d'autres qui, je crois, ont été mentionnés pour la première fois par Sabouraud (*Traité de Thérapeutique appliquée* de Robin) et dans lesquels le malade, guéri de sa pelade, en présente d'autres atteintes, une ou plusieurs dans un délai qui peut excéder dix et quinze ans. La pelade doit donc être envisagée comme une maladie récidivante dans laquelle les intervalles de santé peuvent être plus ou moins espacés et durables. Tout dermatologiste qui aura vu et suivi beaucoup de peladiques souscrira pleinement à cette opinion, car elle repose sur des faits innombrables et certains. On doit donc envisager le peladique par comparaison ou bien comme un syphilitique qui représente, après quinze ans de silence

de sa maladie une lésion syphilitique avérée ; ou bien, pour que la comparaison soit plus juste, nous dirons que le peladique ressemble au psoriasique ou à l'eczémateux, mais plus particulièrement au psoriasique qui peut être psoriasique toute sa vie ou ne présenter qu'une poussée de psoriasis, ou encore en présenter trente poussées séparées par des intervalles de santé plus ou moins parfaite et durable. Un peladique est donc très souvent peladique pour sa vie entière, comme un psoriasique est psoriasique, c'est un point qu'il ne faut pas perdre de vue en poursuivant la lecture de ce qui va suivre.

Plusieurs dermatologistes ont signalé la fréquente concomitance de plusieurs dermatoses sur le même patient, l'urticaire et le lichen par exemple, en admettant que ce ne soient pas deux phases de la même maladie, ou bien le lichen plan corné et le psoriasis, ou encore l'eczéma et l'ichtyose.

Eh bien, il est remarquable de voir que les peladiques, en dehors de leur pelade, lorsqu'elle est fréquemment récidivante ou chronique, peuvent présenter d'autres lésions dermatologiques au moins objectivement très différentes de leur pelade, et il faut insister sur l'étude de ces faits, si rares qu'ils soient, car il se pourrait qu'il y eut là beaucoup plus qu'une concomitance, et qu'on puisse rencontrer deux modalités objectivement très différentes d'un même processus morbide. Ceci peut paraître très audacieux, mais toute hypothèse a le droit de se poser si on ne lui garde que cette valeur d'hypothèse et si on ne l'érige pas en dogme avant qu'on en ait fourni la preuve.

Nous avons rencontré ainsi à la clinique de l'Ecole Lail-

ler un patient atteint de pelade depuis quatorze ans, et qui présente en même temps deux dermatoses signalées jusqu'ici comme très différentes : un psoriasis de date très antérieure à la pelade, et un lichen plan corné dont les éléments très rares étaient, en disparaissant, suivis de cicatrices et qui n'ont pas cessé également d'évoluer pendant dix ans. Ce cas est trop particulier pour qu'on en puisse tirer des déductions. Il se peut qu'il s'agisse d'une simple coïncidence, quoique, en réalité, une triple coïncidence de ce genre soit déjà suspecte, et que le calcul des probabilités montre déjà combien les coïncidences de ce genre sont rares quand elles sont fortuites. Mais nous avons vu d'autres cas, et ceci plusieurs fois avec des caractères tellement analogues, qu'ils ne peuvent être mis sur le compte du simple hasard. Dans les trois cas que nous avons pu suivre, il s'agissait de pelade généralisée au moins à tout le cuir chevelu. Le malade présentait en même temps une déplorable tendance à l'eczématisation suintante de son cuir chevelu dénudé et il présentait en outre de l'albuminurie orthostatique sans cylindres épithéliaux...

D'autres cas sont encore plus suggestifs s'il est possible. Les observations de pelade généralisée s'accompagnant de plaques leucodermiques de morphée, sans être nombreuses dans la science, ne sont pas non plus très rares. Sabouraud a vu un malade chez lequel il ne restait plus que quelques poils de duvet blanc, c'était un malade d'une trentaine d'années à l'aspect infantile, présentant une cyphose très accentuée et qui montrait sur la peau des bourses et dans l'aîne des plaques de morphée, avec induration dermique profonde et entourées de leur « lilac ring » caractéristique (communication orale). Dans un autre cas de morphée qui avait à

peu près la même localisation, car les plaques fort nombreuses étaient disséminées sur les racines des cuisses et le bas ventre du même côté, j'ai vu une plaque qu'on ne peut pas ne pas appeler peladique exister sur le cuir chevelu avec une zone de cheveux massués caractéristiques et sur le même cuir chevelu deux autres plaques de trois ou quatre centimètres de diamètre entièrement dépigmentées, dont les cheveux restés solides, présentaient sur toute leur longueur une couleur blanc d'argent très rapidement survenue, au dire de la malade.

Il est impossible de conclure de cas semblables sur lesquels ce que l'on peut dire de plus sérieux, c'est qu'ils mériteraient chacun une observation de plusieurs mois et l'alliance de plusieurs bonnes volontés pour être observés suffisamment ; car l'étude organique minutieuse en devrait être faite par tous les moyens possibles, avec analyse d'urines, avec analyse de toutes les réactions nerveuses et en particulier de toutes les réactions nerveuses et sudorales de la peau, etc.

Il me paraît difficile qu'un homme tout seul puisse assumer des recherches si complexes, qui demandent pour chaque face du sujet, que l'observateur ait reçu une éducation différente. Mais, ce que l'on peut dire, c'est que les faits dont je viens de parler, avec beaucoup d'autres sans doute, semblent corroborer la conclusion du précédent chapitre, qu'ils paraissent bien affirmer que la pelade n'est pas une maladie réflexe due à une cause locale banale, mais qu'elle résulte comme je le disais plus haut, ou bien d'une altération inconnue *totius substantiæ* ou de la lésion d'un organe spécifiquement préposé au trophisme de la peau profonde et du système pileux qui y est implanté.

Les faits que nous venons de voir ne peuvent être considérés que comme cas d'attente, il en faudra vraisemblablement beaucoup d'autres pour conduire à une conclusion de quelque valeur. Mais peu importe, ce qu'il faut dire en tout cas, c'est qu'après avoir étudié très minutieusement, comme nous l'avons fait, les plaques peladiques en elles-mêmes, il faut désormais chez le peladique étudier le malade en entier, et que, sous ce rapport, les travaux que nous avons si souvent attaqués, de M. Jacquet et de ses élèves, ont fait faire à l'étude désintéressée de ce sujet un progrès incontestable.

CHAPITRE VII

Les pelades vraies chez les convalescents.

On voit évoluer le plus souvent les pelades ordinaires, et par ce mot, j'entends celles que l'on rencontre tous les jours et qui ne se caractérisent par aucun phénomène en relief valable, on voit, dis-je, évoluer ces pelades au milieu du plus parfait état général que le malade ait jamais présenté, ou sans que l'on puisse relever autre chose qu'un état nerveux ou neurasthénique plus ou moins accentué et qui souvent ne l'était pas autant lorsque la maladie a commencé son évolution. Le malade affirme souvent qu'il ne s'est jamais mieux porté que quand cette pelade est survenue ; je ne parle que pour mémoire de la dentition que j'ai vue à diverses reprises parfaite et intacte chez des peladiques totalement décalvés, j'insisterai plus tard sur ce point.

J'ai vu un jeune homme de vingt et un ans refusé au service militaire pour sa pelade qui durait à ce moment-là depuis douze ans, soignée dès le début sans résultat aucun par aucune méthode, considérée par les uns comme parasitaire et traitée par les antiseptiques, considérée par les autres comme trophique, comme nerveuse, et ne pas bénéficier davantage de cures d'air, d'hydrothérapie, d'injections de sérum, etc., tout cela sur un jeune homme chez lequel il a été impossible à tout médecin (je ne parle pas seulement de mon examen),

de décéler aucune tare quelconque d'un organe quelconque, et qui ne présentait même pas d'état nerveux morbide plus appréciable que n'importe qui. En revanche, on voit quelquefois, dans de rares cas, la pelade survenir au cours d'une infection chronique comme la syphilis, ou pendant la période de convalescence d'une affection grave comme la dothiénentérie. Le professeur Fournier et Sabouraud ont, chacun de leur côté, insisté au Congrès de 1900, sur les récives fréquentes de pelade chez le syphilitique à partir de son infection. Les choses se passent généralement de la façon suivante : Un homme contracte la syphilis à vingt ans, je suppose, et vers l'âge de dix ou douze ans il avait présenté une atteinte de pelade assez insignifiante et très vite guérie. Six ou sept mois après sa roséole, il présente une nouvelle atteinte de pelade beaucoup plus grave ou bien encore des plaques successives d'évolution subintrante, chacune bénigne, mais graves par leur nombre et qui, au total, occuperont plusieurs années. M. Sabouraud a cité ainsi un homme qui présenta environ *deux cents* plaques de pelade de vingt-deux à trente-cinq ans, dont la seconde commença quelques mois après une syphilis.

Ce sont là des faits qui doivent être mis en opposition avec les premiers dont nous parlions au commencement de ce chapitre. Si la pelade dépend d'un état général, il faut convenir que cet état est bien spécial, bien caché, ou bien ignoré en tout cas, car, je le répète, le nombre des peladiques chez lesquels on ne peut trouver aucune tare est considérable. Mais, de même que le professeur Fournier a trouvé, parmi ses syphilitiques, la pelade relevée un certain nombre de fois au cours de la syphilis secondaire et même

tertiaire, avec un pourcentage évidemment supérieur à la fréquence habituelle de la pelade chez les individus non syphilitiques ; de même on voit, quelquefois, une pelade vraie qui semble née de la dépression, ou, tout au moins, au cours de la dépression qui suit une infection grave. On sait que les alopecies infectieuses suivent l'infection dont elles dépendent à trois mois d'intervalle environ. On peut voir trois mois après une thyphoïde l'alopecie qui la suivra prendre la forme mixte entre une alopecie peladique vraie et une alopecie infectieuse type ; de même l'on peut voir une alopecie syphilitique dessiner des plaques vraies et non plus seulement des clairières. Il semble que ces cas ne soient à considérer que comme des cas particuliers d'alopecie infectieuse un peu excentrique. Mais en revanche, il est des cas où l'on voit une alopecie infectieuse, même typique, se continuer deux ou trois mois après son début par des plaques objectivement et évolutivement peladiques et cette alopecie aura sa récidence comme une pelade vraie, s'éloignant, par ce fait, considérablement du type des alopecies infectieuses reconnues comme telles.

Je cite ces cas parmi les autres, et sans commentaires, car toute donnée suffisante nous manque aujourd'hui pour fournir des conclusions seulement plausibles à de tels faits.

CHAPITRE VIII

Pelade post-traumatique.

Dans l'incertitude où nous sommes sur l'origine ou les origines de la pelade dite nerveuse, toutes les fois qu'il se présente à nous une pelade dont les caractères objectifs ou surtout l'histoire, présentent quelques traits capables d'éclairer en quelque façon le mystère de ces origines, il me semble que cette observation doit être particulièrement mise en évidence, doit être recueillie et placée soigneusement comme un jalon sur la route à suivre pour l'exploration du même sujet dans l'avenir.

Un homme de quarante-cinq ans environ, reçoit, à la chasse, un coup de feu, il s'ensuit une fracture comminutive et esquilleuse de l'humérus droit, fracture qui exige l'amputation au tiers supérieur; nulle suite opératoire et guérison. Trois mois après commence par l'occiput une pelade du type ophasique, progressive, qui prend bientôt les allures d'une décalvante et détruit le système pileux entier de tout le corps en cinq ou six mois environ. Cette pelade généralisée est restée totale pendant huit ans, après lesquels nous avons vu le malade, j'ignore si la pelade a guéri depuis. Il était venu à l'Ecole Lailler pour se faire traiter et guérir d'une éruption récidivante des parties génitales et des régions circonvoisines. Cette éruption se présentait avec les caractères d'une acné nécrotique de mœurs

relativement bénignes, mais très récidivante. Cette éruption qu'un précédent observateur avait cru pouvoir appeler trophique, était en réalité une éruption périfolliculaire et superficiellement ulcéreuse de staphylocoque doré. Tels sont les faits dépouillés de toute argumentation théorique.

L'origine de la pelade a manifestement paru suivre, et à brève échéance, le coup de feu et l'amputation. Cet accident a-t-il été vraiment cause de la pelade ? Nous n'avons pas d'autre raison de le supposer que la consécution immédiate des deux faits. Mais vraiment, il y a bien des chances pour que cette fois le « post hoc ergo propter hoc » ne soit pas un pur sophisme.

Quel rôle cet ébranlement nerveux a-t-il eu dans le développement, huit ans après, d'une manifestation microbienne (acné nécrotique du bas-ventre). Ici le rapport est beaucoup moins net et probable.

Je rapprocherais volontiers le fait que contient cette observation d'un autre qui n'eut pas l'homme mais un animal pour victime.

Un chien courant qu'il m'a été donné d'observer, égaré dans une chasse à courre, passa la nuit dehors par un grand froid. Il fut retrouvé le lendemain à demi-mort. Même après qu'il se fut reposé, on observa chez lui un léger degré de paraplégie. L'animal traînait l'arrière-train. Ce symptôme s'affaiblit et disparut en une quinzaine de jours environ.

Mais vers ce moment commença une alopecie serpigineuse en bande, qui dessinait exactement le trajet du sciatique et du sciatique poplité externe. Cette dépilation, large de trois doigts environ, au niveau de l'épine sciatique, était limitée non par des lignes droites mais par des arceaux qui se rejoii-

gnaient suivant des angles mousses. Le point d'émergence du nerf sciatique était signalé par une dépilation à sommet arrondi d'où partait la bande de déglabration de la cuisse. Au jarret cette bande s'amincissait progressivement jusqu'à n'avoir plus au pied que la largeur d'un doigt environ. Elle était partout absolue. La peau ne présentait aucune dépigmentation, car l'animal était tacheté de blanc et de brun, et ces taches demeuraient les mêmes sur la peau nue, se continuant régulièrement avec les taches à la surface desquelles la robe était demeurée intacte.

Il ne semble pas que les doigts externes des deux pattes fussent plus sensibles aux traumatismes que le reste du pied, et il ne s'y produisit jamais d'ulcération limitée pouvant faire accuser l'innervation locale. Les deux lésions étaient symétriques à droite et à gauche, à un point tel que les clichés retournés l'un sur l'autre eussent été superposables. La dépilation une fois produite n'a pas guéri, ou du moins pendant les trois ans que l'animal a pu être suivi.

De telles observations sont d'un intérêt extrême, mais il semble impossible d'en tirer une règle ou des conclusions concernant le mécanisme de ces alopecies.

Dans le cas du chien, que je viens de rapporter, il semble évident qu'il s'est produit une myélite transverse *a frigore* seule capable d'expliquer la parfaite symétrie des lésions des deux côtés. Mais, très rarement on a vu des lésions semblables évoluer chez l'homme. De la même façon les pelades symétriques des membres chez l'homme si elles existent à ce degré n'ont pas été observées ; je n'en connais aucune observation.

Il existe assurément des lésions peladiques présentant des

plaques symétriques soit de la tête, soit des membres ; mais, des alopecies en bandes à la suite de lésions de l'axe cérébro-spinal, je n'en connais pas.

Il ne semble pas que le mécanisme de l'observation précédente, de l'homme atteint de coup de feu : puisse être assimilé à celle du chien atteint de coup de froid, car chez l'homme la pelade a commencé et évolué, comme beaucoup d'autres décalvantes, par l'occiput, et s'est généralisée peu à peu sans aucune règle, sans aucune symétrie absolue. Vraiment il semble que ce fut une pelade identique à la pelade généralisée typique, avec cette seule restriction qu'elle a été précédée d'un accident grave.

Je n'ai pas la prétention du tout de chercher à établir une pathogénie de la pelade. Mon travail montrera plutôt l'impossibilité où nous sommes d'en établir une qui soit rationnelle et puisse supporter la discussion. Néanmoins, lorsqu'on étudie avec soin les commémoratifs moraux, les causes de dépression que le sujet a rencontrées quelques mois avant l'éclosion de la pelade, il est souvent possible de relever l'existence d'un chagrin violent, d'un deuil inopiné, d'une perte d'argent considérable, d'une émotion brusque et brutale, ou encore d'une chute, d'un accident d'ordre physique ayant considérablement ému le malade.

Il faut bien cependant se garder d'attribuer comme cause à la pelade les états nerveux dépressifs dont elle s'accompagne et qu'elle produit elle-même. Cette maladie, pourtant indolore, est l'une des plus impatiemment supportées par les malades, *comme toute lésion qui se voit*, et souvent on assiste à l'éclosion d'une neurasthénie dont le début n'est pas antérieur, mais consécutif à la pelade. Il est vrai que,

pour beaucoup d'auteurs, cette neurasthénie qui semble consécutive à la pelade serait interprétée aisément comme antérieure à elle et comme n'ayant été diagnostiquée qu'après coup.

Quand on étudie un sujet comme celui-là ce qu'il faut surtout bien mettre en relief, parce que cela est justifié par l'observation de l'immense majorité des cas, c'est que, le plus souvent, quelque soin que l'on apporte à l'étude des causes possibles, on ne peut en trouver aucune, soit morale, soit physique, soit générale, soit locale ; et le nombre est immense des peladiques qui n'ont jamais surpris une altération quelconque de leur santé, avant, pendant ou après une pelade, même excessivement grave, alors que le médecin surpris de la gravité de ces symptômes, s'étonne de ne pouvoir nulle part en trouver la cause. Et c'est pour cela que toutes les observations de pelades dans lesquelles des causes probables peuvent être retrouvées, doivent être dorénavant prises avec le plus grand soin et le plus grand détail, car ce qu'il faut bien savoir et comprendre, c'est qu'en ce moment ceux qui n'aiment pas se payer de mots se voient dans l'impossibilité absolue de formuler une théorie pathogénétique de la pelade concordante aux faits,

CHAPITRE IX

La pelade des ongles.

Un point de cette étude monographique, sur lequel de toute nécessité il nous faut beaucoup insister, c'est la forme objective des lésions des ongles et leur fréquence relative. Ce point présente en effet la plus grande importance tant au point de vue symptomatique, qu'au point de vue doctrinal. D'après nos recherches personnelles, pratiquées sur les enfants atteints de pelade, en traitement à l'Ecole Lailler, il existe parmi ces peladiques envisagés sans choix préalable, et non pas seulement dans les cas de pelades graves, trente-cinq pour cent de lésions unguéales qui se réfèrent indubitablement à la pelade.

Il y a longtemps que la pelade des ongles a été pour la première fois signalée. Dans ses leçons sur le sujet, Sabouraud dit qu'il en a reçu la notion de M. Besnier, quand il était son interne (1892). Cependant les observations en sont fort rares, et l'on peut dire que c'est un de ces faits connus de la Dermatologie, mais en somme très peu précisé. Avec quelques observations de M. Audry (de Toulouse), de Dauzats, dont le cliché sur ce point provient du laboratoire de Sabouraud et a été reproduit dans l'article Pelade de la *Pratique Dermatologique*, par Déhu, on peut dire qu'il n'en existe pas d'étude valable dans les autres observations où il en est question ; les alté-

rations des ongles dans la pelade sont mentionnés seulement en passant. Or, ces lésions existent fréquemment, et avec des caractères, je ne dirai pas spécifiques, mais suffisamment particuliers pour être reconnaissables, et ces signes prennent une singulière valeur du seul fait de la concomitance de la pelade lorsqu'on les rencontre avec cette concomitance pour la centième fois.

Les altérations des ongles dans la pelade sont de trois types ; Il y a :

1° L'ongle cassant, feuilleté et infiltré d'air.

2° L'ongle criblé de foramina de la forme et de la dimension que produirait une pointe d'épingle.

3° L'ongle à taches blanches.

Nous allons dire quelques mots de chacun de ces types d'altérations.

I. — Beaucoup de peladiques, surtout de ceux qui sont affectés de pelades de dimensions vastes et d'évolution chronique, se plaignent spontanément que leurs ongles sont devenus friables et cassants. L'homologie organique entre le poil et l'ongle est telle, du reste, que l'on pourrait trouver incroyable qu'une pelade généralisée ne s'accompagnât pas d'altérations unguéales, et généralement celles-ci ne s'en tiennent pas à l'ameincissement de l'ongle et à sa simple friabilité. Ordinairement quelques-uns seulement de ces ongles se fissurent en un point quelconque et se clivent dans le sens de leur épaisseur ; il s'ensuit une infiltration d'air qui s'introduit entre les deux plans de clivage, et, dans toute cette même surface, l'ongle perdra sa transparence. Il perdra donc sa couleur rose produite par les vaisseaux sous-jacents et il apparaîtra d'un jaune sale, souvent foncé

sur les bords de la clivure par l'introduction de poussières. Dans ces cas l'ongle peut encore présenter des fissurations longitudinales qui peuvent être disposées plus ou moins régulièrement comme les cannelures d'une colonne. Enfin, comme rien dans l'ongle n'est plus exposé aux traumatismes que son bord libre, c'est son bord libre qui présentera les plus graves altérations. Ce bord libre est irrégulièrement découpé, non pas suivant des sinuosités comme quand il s'agit d'onychophagie, mais au contraire suivant des lignes horizontales qui ne sont pas à la même hauteur sur tout le bord libre, ce bord libre est donc crénelé. D'autres fois les altérations du bord libre de l'ongle ressemblent aux arêtes vives des pierres de taille qui ont reçu un traumatisme et ont, ce que les gens du métier appellent une « épaufrure ». Tel est le premier type des altérations peladiques de l'ongle, ce n'est pas le plus fréquent, mais c'est le seul qui ait été figuré, parce que c'est celui dont les caractères sont le plus saisissants et le plus visibles.

II. — Le deuxième type d'altérations unguéales dans la pelade constitue ce que Sabouraud appelle l'ongle grêlé. Il présente en quantités variables, mais souvent considérables, dix, quinze, vingt et trente ponctuations qui ressemblent à l'impression d'une pointe d'épingle un peu obtuse. Ordinairement ces ponctuations creuses ne dessinent ni lignes transversales, ni lignes horizontales; quelquefois cependant on retrouve les unes ou les autres de ces deux lignes constituées par des points plus régulièrement placés. Comme les précédentes altérations, celles-ci ne s'observent ni également à tous les doigts, ni même à tous les doigts. Le plus

souvent c'est sur deux ou trois doigts de chaque main qu'on les observe, quelquefois même sur un seul, et quand ces marques existent sur tous, certains ongles en montrent beaucoup et d'autres peu.

III. — Tout le monde connaît ces petites marbrures blanches existant irrégulièrement à la surface de l'ongle et qui proviennent d'altérations passagères de leur épaisseur. Elles ressemblent à de petits nuages très irrégulièrement disposés, et il est très fréquent d'en rencontrer chez des personnes de tout âge, de tout sexe, de toute condition. Mais, dans certains états généraux, et particulièrement dans la pelade, on en rencontre des exemples excessivement curieux. Dans ces cas, d'ailleurs assez rares, j'ai vu quinze et vingt marbrures par ongle, tous les ongles pris, et les ongles, au total, gardant moins de surface saine que de surface malade. C'est dans ces conditions seulement que cette altération unguéale revêt un caractère suffisant et anormal pour être considéré comme morbide.

Le premier et le dernier de ces trois types d'altérations sont extrêmement rares. Les ponctuations du dos de l'ongle sont les plus fréquentes. Les deux premiers types de lésions unguéales atteignent rarement tous les ongles ; au contraire, le troisième les atteint habituellement tous. Toutes ces lésions se rencontrent plus fréquemment dans les pelades intenses et chroniques, mais elles peuvent pourtant se rencontrer par exception en concomitance de pelades bénignes ou intenses, mais de durée brève. Il semble que c'est dans le type de pelade ophiasique que ces altérations unguéales se rencontrent de préférence ; mais il est impossible de préciser davantage et d'affirmer que certaines

pelades seules, à l'exclusion de toutes autres, peuvent s'en accompagner.

Puisque l'étude que nous écrivons a été commencée avec l'idée de vérifier ou d'infirmer la théorie dentaire de la pelade, il faut faire ressortir ici, combien les lésions unguéales dont nous venons de parler, et qui, je le répète, existent dans trente-cinq pour cent des cas de pelade, rendent la théorie dentaire de la pelade rarement plausible. En effet, est-il nécessaire de souligner l'invraisemblance de l'origine dentaire de toutes les pelades qui s'accompagnent d'altérations unguéales ? Le plus hypnotisé par l'importance en pathologie des réflexes morbides de cause locale, pourra-t-il penser et soutenir que la congestion produite par une dent de sagesse, ou l'éruption, même bilatérale de grosses molaires, ou bien des abcès dentaires en un point quelconque puissent, par réflexe, déterminer des lésions des ongles aux deux mains ? D'autre part, nous avons dit que les lésions des ongles existaient dans trente-cinq pour cent des cas de pelade ; mais ces lésions des ongles, qui sont excessivement marquées dans quelques cas, le sont beaucoup moins dans quelques autres. On peut dire qu'elles sont presque toujours proportionnelles à l'intensité de la pelade ou à sa chronicité ; par conséquent, on ne peut s'attendre à les rencontrer dans toutes les pelades de petite étendue et passagères. On est invinciblement amené à penser que si ces petites pelades fussent devenues grandes, les altérations unguéales auraient surgi comme on en voit dans les pelades graves, et qu'on ne peut donc escompter les petites pelades qui ne s'accompagnent pas d'altérations unguéales comme d'origine dentaire, plus que les grandes

pelades dans lesquelles les altérations unguéales sont reconnues.

Et, de tout cela, s'il y a une conclusion à tirer, il semble que ce soit celle-ci : les pelades, surtout si l'on admet l'unité de leurs types objectifs différents, ne semblent pas pouvoir relever d'un réflexe de court-circuit ayant des altérations dentaires pour origine, car, quand une pelade devient grave, les poils et les ongles se trouvent frappés, ce qui ne peut être que par suite d'un ébranlement total de la machine (*vitium totius substantiæ*), ou, bien encore s'il existe en un point quelconque du corps un organe préposé à la nutrition, au trophisme de l'appareil pileux et des phanères, et dont la lésion, peut-être fort petite, amènerait avec l'alopecie de diverses localisations les troubles unguéaux comme les troubles pilaires. Ceci amènerait le mécanisme de la pelade à être non pas identique, mais comparable au mécanisme de la maladie d'Addison, consécutive à des lésions, d'ailleurs quelconques et de causes différentes, de l'organe très spécial, que constituent les capsules surrénales (Sabouraud, *Leçons orales*).

CHAPITRE X

De l'influence des grandes infections et des tares héréditaires qui en résultent dans l'étiologie de la pelade.

Tout ce que nous avons vu des signes accessoires de la pelade, et en particulier les dystrophies unguéales, nous indique bien que, dans un nombre de cas considérables, cette maladie relève de causes intéressant bien plus l'organisme tout entier, que ne saurait le faire une évolution dentaire anormale ou une infection dentaire. On est amené ainsi à chercher quels états généraux et quels états infectieux chroniques pourraient présenter communément les malades atteints de pelade.

On a souvent beaucoup abusé de la syphilis en pathologie et peut-être lui a-t-on attribué bien des conséquences dont elle n'était nullement cause. Mais c'est pourtant toujours à elle qu'il faut revenir, ne fût-ce qu'à titre de maladie expérimentale, dès qu'il s'agit de rechercher les séquelles des infections chroniques graves. C'est dans le laboratoire de M. Sabouraud que nous avons vu se développer cette idée et les recherches auxquelles elle conduit.

Depuis très longtemps, depuis 1894, Sabouraud avait été frappé de voir l'évolution souvent très grave des pelades survenant au cours de la période secondaire. Un de ses malades dont il cite ailleurs l'histoire, avait eu sa première atteinte de pelade dans l'adolescence; puis il contracte la

syphilis autour de sa vingtième année, et, à partir de ce moment, sa pelade, dont il n'avait eu jusque-là qu'une seule atteinte, survint à nouveau avec des plaques subintrantes. Ce malade, dont la syphilis avait été normale, a gardé sa pelade quinze à dix-huit ans sans guérison. Il avait été observé en même temps par Morel-Lavallée et Sabouraud.

Le professeur Fournier a lui-même signalé de très nombreuses coïncidences de pelade et de syphilis, il est revenu sur ce sujet au Congrès de 1900 avec une observation encore très probante. Depuis, ces faits, sans devenir très fréquents, ont cessé d'être considérés comme rares.

Dans l'observation de Sabouraud on ne peut accuser la syphilis d'avoir donné naissance à la pelade, puisqu'il y avait une manifestation de pelade antérieure. Il faut donc croire que la syphilis n'a eu pour résultat que de rendre grave une maladie jusque-là bénigne, et de contribuer à ses récidives innombrables, dans une mesure et par un mécanisme ignorés.

Ceci nous ramènerait à l'hypothèse développée d'abord par Jacquet, à savoir, que le phénomène pelade était la résultante de causes tout à fait diverses, essentiellement diverses. Ainsi la syphilis agirait sur l'individu au total, et comme le mécanisme local qui fait la chute du cheveu en aires, est déjà familier à son organisme, c'est par la répétition de ce réflexe habituel que l'imprégnation de la syphilis de l'organisme se traduirait. Il est à remarquer d'ailleurs que dans l'une des observations de Jacquet, où il s'agit d'un malade syphilitique, l'influence possible de la syphilis sur l'éclosion de la pelade se trouve déjà discutée. Seulement nous trouvons que la discussion sur ce point n'a pas

été suffisamment approfondie et que les observations qui vont suivre sont très supérieures à la sienne à ce point de vue.

Quoi qu'il en soit des hypothèses, il était intéressant de rechercher dans quelle mesure les peladiques graves peuvent avoir subi par eux ou leurs ascendants, l'influence de la syphilis. On sait combien cette recherche est périlleuse et combien il faut se garder quand on les poursuit, de faire dire aux faits plus qu'ils ne disent. Il y a un moyen simple pour éviter cette erreur commune : c'est de présenter ici tout simplement le résumé des observations suivantes, ayant trait à ce chapitre. C'est ce que nous allons faire maintenant.

OBS. I (SABOURAUD). — Léon D... est un jeune homme de 19 ans atteint de pelade à l'âge de 13 ans. Il présente aujourd'hui une tête sur laquelle coexistent de rares cheveux, longs et disséminés, de plus un duvet blond et lanugineux existe sur la presque totalité du cuir chevelu. Chute des sourcils, chute des cils qui sont partiellement revenus. Barbe presque nulle. Il est le neuvième enfant d'une mère qui en a eu onze. Les huit premiers sont morts, il est le premier des trois qui ont survécu. Sur les huit premiers : quatre fausses-couches dans les premiers mois de la grossesse, un accouchement prématuré à sept mois, deux mort-nés à terme, un mort à deux mois sans cause connue. Le malade peladique, sujet de l'observation, a toujours été malingre, de même son frère cadet, le dernier est plus vigoureux. Il n'existe aucun renseignement sur le père qui est mort quand le malade avait huit ans, il ne sait de quoi. La mère existe encore bien portante. Léon D... a les quatre incisives, médianes, supérieures et inférieures marquées chacune de deux raies transversales rouillées, à partir desquelles le bord tranchant de la dent est moins large et comme éclaté.

OBS. II (SABOURAUD). — Joseph R..., 30 ans. Sa mère vivante est bien portante. Son père mort à 50 ans d'*atrophie musculaire progressive*. Ils ont été trois enfants, mais le malade ignore s'il y a eu des fausses-couches. Le frère aîné du sujet de cette observation est mort en bas âge, Joseph était le deuxième, et le troisième est atteint de scoliose et de lupus tuberculeux de l'oreille. Joseph a la pelade depuis trois ans, le début s'est fait à la barbe ; actuellement les cheveux sont pris à la nuque. Le malade présente encore quatre incisives qui semblent accuser la syphilis, elles sont comme grêlées dans toute leur hauteur et leur bord libre est concave.

Voici une autre observation suggestive :

OBS. III (SABOURAUD). — J. M..., 54 ans, est meunier de sa profession ; il est le troisième enfant de parents alors bien portants, et il est né après quatre ans de mariage. Il semble donc que la syphilis pourrait être exclue d'emblée et sans examen, comme étiologie de sa pelade. Celle-ci a débuté à quinze ans, mais n'a duré alors que deux ans. Elle a recommencé à cinquante ans, il y a quatre ans de cela et depuis lors elle n'a pas cessé de se manifester par des plaques à la barbe et au cuir chevelu. Ce cas est l'un des plus étonnants que nous ayons rencontrés : la survie des trois enfants au mariage, l'absence de fausse-couche de la mère, la bonne santé apparente du père lors de la conception, tout en un mot semblait devoir écarter la syphilis dans la pathogénie de cette pelade. Mais, en poussant plus loin l'interrogatoire, on apprend que son père, qui était marié à trente-trois ans fut pris à *quarante* ans d'épilepsie (?), dont les rechutes mensuelles étaient caractérisées par des crises cloniques subintrantes pendant douze heures ; ces crises étaient suivies d'un coma ou d'une torpeur durant deux jours, après quoi le malade reprenait sa vie normale pour un mois. Il mourut cinq ans plus tard.

Jusqu'ici rien qu'une présomption de syphilis (?). Mais, voici

que notre malade, en 1896, il y a donc sept ans, il en avait alors *quarante-sept*, se trouve pris de phénomènes non douloureux de rhinite antérieure. Pendant treize mois il mouche des croûtes, et c'est par hasard, qu'un médecin, appelé pour autre chose, constate chez lui une perforation de la cloison déjà faite. C'est trois ans après que la pelade a commencé.

D'une pareille observation il n'est pas aisé de conclure. Cependant, il semble que le père du malade syphilitisé a pu engendrer trois enfants bien portants, être atteint de phénomènes épileptoïdes sept ans après son mariage, en mourir trois ans plus tard et qu'un de ses enfants très bien conformé, bien portant, et sans stigmate de syphilis héréditaire perceptible a traduit sa syphilis héréditaire à quarante-sept ans par une perforation de la cloison. N'est-il pas curieux aussi de mentionner chez notre malade cette double pelade séparée par *trente-trois ans* d'intervalle.

A côté des observations si typiques qui précèdent on peut en noter beaucoup d'autres moins probantes, mais cependant bien notables quand même, lorsqu'on a relevé les précédentes.

OBS. IV (SABOURAUD). — L. R... est une jeune fille de 25 ans qui nous présente sa deuxième plaque de pelade, la première est survenue il y a deux ans et a duré deux mois. Celle d'aujourd'hui est une plaque grande comme deux francs, en bonne voie de repousse spontanée quand elle se présente à l'observation. L. R... est la troisième enfant de quatorze. Parmi les quatorze enfants il y a eu quatre morts : deux sont morts en naissant, un à trois ans (sa sœur ne peut dire la cause de sa mort), le quatrième est mort de convulsions. Il est à remarquer que les deux premiers enfants sont morts et que notre sujet est le troisième.

L. R... a été malade toute sa vie, elle a présenté une pleurésie, elle se plaint aussi de maux de tête fréquents dus probablement au surmenage ; de son état la malade est institutrice. Il n'a existé aucun infirme parmi les quatre enfants, mais toute la famille a noté que les plus jeunes, les derniers nés sont les plus vigoureux. On constate chez notre malade une forte grêlure des incisives supérieures. Ici on ne peut dire qu'il y a eu syphilis ; certains pourront même considérer la syphilis comme improbable, mais ce qu'on peut dire de plus certain c'est que les deux parents, lorsqu'ils se sont mariés, n'étaient pas aptes, pour une raison qui peut n'être pas l'existence d'une syphilis ignorée, n'étaient pas aptes à procréer des enfants viables. Il s'en est suivi deux enfants mort-nés, et la troisième qui a survécu peut-être malheureusement, est restée tarée ; ses dents témoignent au moins d'un état dystrophique de naissance, et ses maladies multiples d'un état de santé général médiocre.

ORS. V (SABOURAUD). — Voici encore une autre observation :

L'enfant Fernand Dr..., âgé de 14 ans, se montre à nous avec une pelade datant de quatre mois. Grande tache alopecique au sommet de la tête. Il nous est présenté par sa mère, ce qui impose à nos questions une certaine réserve. Voici néanmoins les détails que nous apprenons. Le père au moment de son mariage présentait dans le dos deux lésions de la peau situées sur les reins à droite, il prenait pour les faire disparaître de l'iodure de potassium et en prend encore depuis quinze ans. Fernand est l'aîné de quatre enfants, le deuxième est mort de méningite à neuf mois ; après ces deux premiers enfants, deux fausses-couches, l'une de six semaines, l'autre de trois mois. Après ces deux fausses-couches vient une fille née bien portante et morte à sept mois de convulsions. Enfin une dernière fille se porte bien. Dans cette observation rien n'indique d'une façon sûre la syphilis du père, cela est vrai, mais si l'on a suivi l'histoire de ce malade et de ses collatéraux, on sera plus disposé à considérer sa pelade comme résultant de l'état général de ses géniteurs et du sien

propre, plutôt que comme résultant de l'éruption des deux molaires de quatorze ans auxquelles Jacquet, après avoir examiné l'enfant, attribuait la genèse de la pelade.

OBS. VI (SABOURAUD). — Voici enfin une autre malade, Mme A. V..., âgée de 40 ans. Ayant subi sa première atteinte de pelade à 34 ans, d'une durée de deux ans et demi; reprise deux ans plus tard; la maladie continue aujourd'hui. C'est une pelade décalvante avec disparition des cils, sourcils et du poil des aisselles. Les origines de cette malade sont complexes.

Elle est la cinquième enfant d'un premier lit, sans compter deux fausses-couches; son père est mort à soixante-huit ans, dix-huit jours après une attaque d'hémiplégie. Sa mère remariée a eu deux ou trois fausses-couches et quatre enfants vivants, mais de ces quatre enfants vivants, l'un est mort de méningite à six mois, le deuxième de tuberculose pulmonaire à vingt-trois ans, le troisième de tuberculose rénale à dix-huit ans et la quatrième est une jeune fille de vingt-huit ans *minus habens*. Je dois dire que la malade était atteinte de polype du nez qu'elle a fait opérer, sans que sa plaque en ait subi d'ailleurs ni atténuation ni augmentation. Ici encore la syphilis est très douteuse, mais, ce qui n'est pas douteux, ce sont les tares héréditaires dans la famille à laquelle notre malade appartenait.

Pour conclure, nous dirons d'abord que sur des sujets semblables où les enquêtes cliniques sont les seules à pouvoir apporter de la lumière, il faut se garder de toute conclusion ou généralisation hâtive. Après les trois premières observations que le hasard nous a fait recueillir coup sur coup, on aurait pu conclure que la pelade devait dans tous les cas être rattachée à la syphilis acquise ou héréditaire. La deuxième remarque c'est que dans tous les cas qui précèdent ce qui est frappant, ce sont les tares héréditaires des malades. Que ce soit la syphilis, la tuberculose ou toute

autre grande infection qui ait été l'origine première de ces larses, elles ne sont pas niables, et ce qu'il faut retenir aussi c'est l'influence détestable de la syphilis sur l'évolution de la pelade.

A titre purement hypothétique, je l'avoue, mais néanmoins en réfléchissant aux cas dont l'histoire précède, on est presque tenté de conclure que certaines pelades, et c'est peut-être la majorité des cas, ou tout au moins des cas graves, apparaissent comme des témoignages de dystrophie générale très souvent héréditaire, bien plus que comme le témoignage d'un trouble de voisinage, dentaire ou autre qui les aurait provoqués par un réflexe spécial (?) et de court-circuit.

CHAPITRE XI

Étude du cheveu peladique, de ses variétés, du bol pilaire qui en suit l'expulsion, de l'ataxie papillaire qui la prépare et de l'achromie des plaques peladiques.

Je voudrais ici résumer ce que l'on sait du cheveu peladique, étudier s'il présente une spécificité quelconque, rappeler les phénomènes qui le provoquent, ceux qui le suivent et l'ensemble des phénomènes pathologiques qui l'accompagnent.

Le cheveu que l'on appelle peladique, et qui a vraiment quelques droits, nous le verrons, à être considéré comme caractéristique de la pelade, est un cheveu court, saillant au-dessus de la peau de quatre à cinq millimètres ordinairement, plus large de diamètre à sa partie supérieure, qu'à sa partie inférieure, en sorte qu'il se trouve effilé à sa base, comme une aiguille plantée dans la peau par sa pointe. Ces cheveux sont produits de la façon suivante.

Un cheveu existait, long. En un point, qui sera la tête du cheveu peladique, son extrémité supérieure, il se plie et il se casse. Evidemment cette fracture résulte d'une lésion préalable, et cette lésion est très proche de celle qui est connue en dermatologie sous le nom de trichorrhexie noueuse. Pendant ce temps, le cheveu qui continue d'augmenter, s'amincit et perd de son diamètre ce qui constitue

l'effilement de sa racine que l'on voit terminée par un bulbe plein ou mort.

Il est évident, puisque le cheveu résulte d'un travail formatif de la papille, que c'est d'un vice dans la fonction papillaire que provient le vice du cheveu. Ce vice peut se traduire de façons différentes : tantôt par un ébarbement latéral ou terminal du cheveu peladique, phénomène que l'on appelle *trichoptilose*, tantôt par la diminution plus ou moins rapide du diamètre du cheveu. Ce sont ces différences dans la marche et le degré de l'atrophie papillaire qui font toutes les différences des cheveux peladiques entre eux. Tantôt elle fait un cheveu régulièrement décroissant de diamètre sur six ou sept millimètres de longueur, tantôt l'atrophie est plus brusque, et au lieu de constituer le cheveu en forme de massue, elle constitue le cheveu en forme d'épi également très caractéristique. Il est à remarquer que la même pelade comporte des variations de forme du cheveu peladique, mais qu'en général un même type de cheveu peladique se retrouve plus fréquemment sur une tête que sur d'autres.

On peut dire que le cheveu peladique est invariablement l'indice d'une plaque peladique qui s'accroît. Toutes les fois que l'œil surprend un groupe de cheveux peladiques, même minime, sur un point quelconque de la périphérie d'une plaque, on peut savoir par avance que c'est là qu'il faut essayer d'épiler les cheveux du voisinage ; il en viendra toujours avec une grande facilité, car tout cheveu qui tombe sur une plaque peladique ne passe point par le stade du cheveu peladique massué. Beaucoup autour d'eux tombent avec un bulbe plein, sans autre lésion et ne pourraient pas

être distingués des cheveux tombés d'une tête saine ou pityriasique.

Lorsqu'une plaque peladique est entourée d'une zone continue de cheveux peladiques, elle est en accroissement circonférentiel partout. Lorsque, au contraire, elle n'en présente qu'en un point, elle n'est en accroissement que sur ce point. Lorsqu'une plaque peladique est en régression, elle ne présente plus aucun cheveu peladique, mais un lanugo précédant la renaissance du cheveu sain, et, si au cours de cette renaissance pileaire une rechute survient, on verra réapparaître des cheveux peladiques en ce point. Il en résulte donc que le cheveu peladique a une très grande importance pour le clinicien, puisqu'il annonce la progression des plaques et les accompagne toujours en plus ou moins grande quantité. Nous allons voir en outre qu'on ne le rencontre pas en dehors de la pelade, et qu'il se trouve par conséquent faire partie essentielle de la maladie, en être pathognomonique, être l'élément suffisant d'un diagnostic différentiel entre ce que nous avons appelé alopecies en aires symptomatiques, et alopecies en aires idiopathiques ou pelades.

On a beaucoup dit et répété ces derniers temps que le cheveu peladique pouvait se rencontrer sur toutes les aires de dépilation et sur leurs bordures, quelle que fût leur cause. Ceci, pour un clinicien qui débute dans l'étude de ces affections peut sembler extrêmement vrai, car autour de la petite aire alopecique qui suit l'impétigo de Bockhart par exemple, on rencontre assez souvent des cheveux courts terminés par un bulbe plein, présentant souvent de la trichoptilose sur leur longueur, bref, extrêmement proches

en leurs caractères des caractères du cheveu peladique. Pourtant, les cliniciens qui méritent ce nom, ne s'y trompent pas, le cheveu peladique en aiguille, en épi, en massue est vraiment bien le symptôme de la pelade vraie et les cheveux qu'on lui compare autour des alopecies non peladiques lui sont analogues mais ne lui sont point identiques. Avec un peu d'habitude il est facile de différencier le cheveu peladique finement effilé à sa base, du cheveu post-folliculitique qui garde son diamètre jusqu'à sa base et se termine obtusément, ou bien du cheveu qui tombe autour d'une folliculite passée, sans aucune traction, et se termine par une racine morte noire, renflée, tordue en crosse.

Sans doute on trouve dans la calvitie vraie, dans les alopecies syphilitiques, dans toutes les alopecies infectieuses des cheveux effilés à leur base, mais l'effilement porte sur un segment de un ou deux centimètres et dans la pelade sur deux à quatre millimètres. Bref il est certain que le mécanisme de la mort du cheveu est analogue dans un nombre considérable d'affections dépilantes, mais qu'il n'est pas entièrement identique, qu'il varie surtout dans le temps que les phénomènes emploient à se produire, et que la rapidité de la mort papillaire dans la pelade fait le cheveu peladique très différent de tous les autres.

Ajoutons enfin qu'un cheveu dit peladique ne constitue pas forcément une plaque peladique, il y en a toujours plusieurs et ordinairement beaucoup, et que le diagnostic qui pourrait demeurer incertain devant un cheveu enlevé à la pince et posé sur une lame de verre, sera franchement affirmatif ou négatif quand il portera non plus sur un cheveu détaché, mais sur un cheveu en place situé auprès d'autres cheveux semblables à lui.

On trouve également dans les orifices pilaires des plaques peladiques un élément qui lui, n'a aucune valeur spécifique, car il se retrouve dans toutes les alopecies infectieuses ou post-traumatiques chez l'enfant. Il est constitué par une ponctuation noire assez analogue à la tête des comédons et qui est constitué par un grain de poussière noire inclus dans la peau. Examinés au microscope ces grains se trouvent présenter une forme ovoïde et être constitués par des cellules corticales pigmentaires du cheveu, agglomérées en une sorte de bol pilaire. C'est un résidu des sécrétions de la papille lorsqu'elle meurt.

Un autre élément symptomatique sur lequel il faut insister dans la pelade, c'est l'élément *achromie*. Quand on examine *certaines* pelades on observe l'étonnante blancheur de la peau à leur surface, plus frappante encore par comparaison avec la peau du voisinage, pigmentée de façon normale. Il est incontestable que cet élément, très variable suivant le cas que l'on examine, est bien plus marqué encore dans certains vitiligos sans alopecie, que dans les pelades dont nous parlons, il n'en constitue pas moins un symptôme d'une grande valeur et qui est certainement un de ceux avec lesquels une théorie actuelle de pelade doit se concilier. Il y a longtemps que Sabouraud a prouvé que, dans la pelade, le premier symptôme morbide que présentaient les papilles, au point de vue anatomique, était un trouble pigmentaire, et que au moment de mourir, la papille extravasait autour d'elle un nuage de pigment qui, dans le cheveu normal, aurait dû être employé à colorer les cellules corticales du cheveu au fur et à mesure de leur formation. Il ne faut pas perdre de vue ce phénomène corrélatif d'un autre éga-

lement signalé par Sabouraud, que lorsque la pelade prend un homme dont la chevelure est parsemée de cheveux blancs, ces cheveux blancs d'ordinaire ne sont pas touchés, par le processus de dépilation et demeurent seuls sur la surface entièrement glabre de tous les cheveux noirs sur les plaques développées autour d'eux.

Enfin, il faut remarquer que l'achromie de la peau dépend de la couche épidermique profonde et que depuis longtemps on a observé la raréfaction des granulations pigmentaires que contiennent les cellules de cette couche épidermique dans la pelade. Tout cela ne constitue pas des phénomènes strictement spéciaux à la pelade, car la plupart lui sont communs avec le vitiligo, particulièrement le blanchiment des cheveux à la surface des plaques vitiligineuses, et aussi très souvent la chute des cheveux noirs laissant sur la surface vitiligineuse des cheveux blancs et raréfiés. Mais rappelons-nous bien que Cazenave le premier avait rapproché les pelades achromiques du vitiligo, et qu'entre ces deux types morbides très proches, s'ils doivent être distingués, existe une série indéfinie de termes de passage qui conduisent de l'un à l'autre des deux termes extrêmes. Il se pourrait que la pelade et le vitiligo fussent une même entité morbide, en tout cas ce que l'on peut dire, c'est qu'il existe entre eux infiniment plus de points de rapport, qu'entre les plaques peladiques ordinaires et les alopecies en plaques, consécutives à l'impétigo ou à un traumatisme local ; et que le clinicien saura toujours faire sur le malade le diagnostic différentiel entre les alopecies traumatiques ou impétigineuses, et les alopecies peladiques, tandis qu'en certains cas il ne se croira pas en droit de trancher entre le diagnostic de vitiligo et le diagnostic de pelade achromateuse.

Tout cela ne s'accorde guère avec les théories qui voudraient faire des alopécies en général, le résultat d'un processus unique d'un mécanisme toujours constant et identique, et qui voudraient qu'on ne sut pas faire la différence, pourtant classique depuis cinquante ans, entre le cheveu peladique et le cheveu des alopécies en aires de toute cause.

OBSERVATIONS

OBS. VII. — Le jeune D..., âgé de 7 ans, entre à l'Hôpital St-Louis, Ecole Lailler, le 27 juillet 1901. Il est porteur au niveau de la région pariétale *gauche*, au-dessus de l'oreille, d'une aire peladique de la grandeur d'une pièce de cinq francs, il présente en outre à la région pariéto-temporale *droite* une plaque peladique grande comme deux francs. Il ne nous a pas été possible pour cet enfant, comme du reste pour les observations des petits malades, qui vont suivre, traités à l'Ecole Lailler, d'avoir des renseignements sur les antécédents héréditaires, sur les collatéraux et sur l'état de santé générale des sujets en particulier. Le 13 janvier 1903, après avoir examiné l'état de la *dentition* de cet enfant, nous lui enlevons l'incisive latérale temporaire du haut à *gauche*, atteinte de carie au 3^e degré. Nous recherchons en vain les points douloureux signalés par M. Jacquet à l'émergence des nerfs, aux points de Valleix ; pas d'érythrose, pas d'hyperthermie. Le sujet dit n'avoir jamais été malade. Nous renvoyons l'enfant D... au mois de mars et nous ne notons aucune modification dans sa plaque alopecique de *gauche* qui présente des cheveux massués nettement peladiques. La plaque de droite est à cette époque en pleine repousse. Nous voyons ainsi le malade deux fois par mois, et c'est seulement le 29 mai que nous constatons à jour frisant, sur la plaque de *gauche* des follets de repousse, qui, quelques semaines après, étaient transformés en cheveux colorés. Le jeune D... sort de l'hôpital le 23 juillet 1903 complètement guéri de sa pelade. Il ne nous semble pas que l'on puisse dans cette observation attribuer la repousse au traitement dentaire effectué plus de *quatre mois* auparavant.

OBS. VIII. — Le jeune R..., âgé de 11 ans, est entré à l'Ecole

Lailler il y a un an pour une pelade ophiasique ayant débuté 3 mois avant son admission à l'hôpital. Pas de renseignements sur les parents et collatéraux, lui-même n'a jamais été malade. Nous voyons cet enfant le 17 janvier 1903 et constatons l'absence de points douloureux, d'érythrose et d'hyperthermie. La lésion peladique, après avoir débuté à la région occipitale, a rongé les bordures jusqu'au front; rien de particulier sur le restant du cuir chevelu. Le cuir chevelu des lésions peladiques est complètement glabre, on trouve à la lisière des cheveux massués, notons des troubles trophiques unguéaux, stries longitudinales avec piqueté. *L'examen de la dentition* nous fait découvrir une carie du 3^e degré de la première prémolaire *gauche* en haut et une carie du 4^e degré de la canine du bas à *droite*, les deux extractions sont effectuées à la consultation dentaire de St-Louis le 17 janvier 1903. Nous revoyons le malade deux fois par mois et ce n'est qu'en octobre, c'est-à-dire *neuf mois* après les soins dentaires que la repousse s'effectue. Si bien que le malade sort guéri le 19 janvier 1904.

OBS. IX. — Le jeune G... est âgé de 10 ans, il est entré à l'Ecole Lailler le 25 mars 1902, ayant au niveau de l'occiput une plaque peladique grande comme cinq francs et les bordures atteintes au-dessus des oreilles. Depuis cette époque les lésions se sont étendues, et actuellement, le 17 janvier 1903, les plaques sus-auriculaires et occipitale, se sont fusionnées et sur toute la bordure des cheveux on peut voir çà et là des cheveux massués. Pas de points douloureux, pas d'érythrose ni d'hyperthermie. *Ongles* striés et ponctués surtout à la main droite. *Examen de la bouche* : dernière molaire temporaire gauche du haut cariée au 3^e degré, nous enlevons cette dent et nous notons en passant l'extraction de la première molaire du haut à droite faite il y a cinq mois.

Nous revoyons le malade deux fois par mois sans trouver aucune modification à ses lésions peladiques jusqu'au 22 mai. Ce jour nous apercevons un duvet de follets sur la plaque occipitale. Le jeune malade part le 14 juin, guéri. Faut-il attribuer cette guérison aux soins dentaires donnés *quatre mois* auparavant ?

OBS. X. — L'enfant D..., âgé de 8 ans, entre à l'Ecole Lailler le 19 juin 1902 porteur de deux plaques peladiques grandes, l'antérieure comme deux francs et la postérieure comme cinq francs, siégeant toutes deux dans la région pariéto-temporale *droite*. Début 6 mois auparavant. Nous examinons l'enfant le 17 janvier 1903, nous ne notons aucun point douloureux, pas d'érythrose, pas d'hyperthermie. L'enfant n'a jamais été malade. Rien aux *ongles*. L'*examen de la bouche* nous montre la première molaire *droite* et la canine gauche, toutes deux du haut, cariées au 4^e degré. Nous *enlevons* ces deux dents le 17 janvier. Le malade comme les autres est revu deux fois par mois et nous ne notons aucune amélioration des plaques peladiques jusqu'à la fin de juillet. A cette époque apparaissent quelques follets, le malade part guéri le 23 octobre. Faut-il attribuer la repousse à ces deux avulsions dentaires pratiquées *six mois* auparavant ?

OBS. XI. — K... est âgé de 9 ans, il a eu à 6 ans une première atteinte de pelade, une seule plaque qui aurait guéri assez rapidement, elle était de petite dimension et l'enfant la localise sur la bosse pariétale gauche. A l'âge de 7 ans apparaît une plaque occipitale, qui, envahissant les bordures gagne les oreilles qu'elle n'a pas dépassées lorsque nous voyons le malade qui est entré à l'hôpital un an et demi auparavant. Cheveux peladiques à la bordure des lésions, stries avec piqueté aux ongles.

Pas de points douloureux, pas d'érythrose, pas d'hyperthermie. La première grosse molaire du haut à *gauche* présente une carie du 4^e degré, nous l'enlevons le 17 janvier 1903. La canine du bas à *gauche* a été extraite il y a six mois. Le malade, que nous avons suivi comme les autres, est sorti guéri en septembre 1903, n'ayant présenté qu'en *juillet* seulement quelques follets de repousse.

OBS. XII. — Le jeune D..., que nous voyons encore le 17 janvier 1903 est âgé de 15 ans. Il est entré à l'Ecole Lailler 2 ans 1/2 auparavant pour une pelade ayant débuté à l'âge de 12 ans, c'est une pelade ophiasique avec plaque occipitale initiale et pla-

ques serpentines de la lisière du cuir chevelu. En outre, on note deux autres aires alopéciques chacune de la grandeur d'une pièce de 2 francs, l'une au vertex, l'autre au niveau de la partie supérieure du frontal, un peu à droite. Nous n'observons ni érythrose ni hyperthermie, pas de points douloureux. *Ongles* : léger piqueté sur les deux auriculaires.

L'*examen de la bouche* nous fait découvrir une carie du 4^e degré siégeant à la deuxième grosse molaire *gauche* du haut. Nous avons nous-même soigné cette dent : nettoyage de la cavité, traitement des canaux, pansements et obturation à l'amalgame. Ces soins ont duré un peu plus d'un mois.

A la fin du mois de *juin* nous avons vu apparaître sur la plaque occipitale des follets de repousse qui se sont bientôt étendus aux parties dénudées des lisières. Le jeune malade quittait l'Ecole à la fin de *juillet* en voie de guérison. Devons-nous penser que le traitement de cette molaire du haut à gauche ait amené après *quatre mois* la guérison de cette pelade ophiasique ?

Obs. XIII. — Louis G..., âgé de 11 ans, se présente à la consultation externe de l'Ecole Lailler le 18 février 1903. Il n'a jamais été malade. Sa mère nous dit que depuis l'âge de 5 ans cet enfant a presque continuellement des plaques de pelade siégeant n'importe où. Actuellement, nous voyons à la partie médiane et postérieure du frontal une plaque peladique grande comme deux francs et un peu au-dessus de l'oreille *gauche* une deuxième plaque grande comme une pièce de 5 francs surmontée elle-même d'une troisième petite plaque de la grandeur d'une pièce de cinquante centimes.

Les *ongles* sont parsemés de taches blanches et le cinquième doigt de la main gauche possède un ongle nettement peladique avec stries et piqueté. L'*examen de la dentition* nous fait voir une carie du 3^e degré siégeant à la première prémolaire au bas à droite et une carie du 4^e degré de la première molaire *gauche* du haut, cette dent est douloureuse à la percussion. Pas d'érythrose, pas d'hyperthermie, pas de points douloureux.

Les deux dents malades sont enlevées à la consultation dentaire de St-Louis par le docteur Chompret le 21 février.

Nous renvoyons le malade en mars, pas de changement.

En avril, toujours le même état.

En mai, la petite plaque située au-dessus de la grande aire peladique de l'oreille gauche s'est légèrement agrandie.

En juin, l'état est stationnaire, ainsi qu'en juillet. Nous n'avons plus revu le malade, mais nous constatons que le traitement dentaire était encore inefficace le 25 juillet, c'est-à-dire *cinq mois* après avoir été pratiqué.

Obs. XIV. — P..., âgé de 41 ans, représentant de commerce, n'a jamais été malade. Il y a deux mois, il aperçoit une tache de pelade grande comme cinquante centimes à la région mentonnière à *droite*. Le 3 janvier, il vient à la consultation du laboratoire Lailler. Nous ne trouvons chez lui ni érythrose, ni points douloureux, ni hyperthermie.

Dentition. — Appareil de prothèse complet en haut, sous cet appareil existent des racines qui sont douloureuses et provoquent de la gingivite. En bas : deuxième molaire droite obturée il y a trois ans, première prémolaire gauche extraite il y a onze ans, ainsi que la deuxième molaire, la première molaire *droite* est cariée au troisième degré.

Ongles. — Rien de particulier.

Traitement dentaire. — Extraction des racines qui restaient sous l'appareil en haut. Réfection de l'appareil de prothèse et traitement de la première molaire *droite* du bas. Ce traitement dure un mois.

Nous ne revoyons le malade qu'au mois d'août. Depuis l'extraction des racines et la réfection de son appareil qui ne le blesse pas, la gingivite a disparu. La molaire droite obturée est en parfait état. A ce moment, c'est-à-dire *six mois* après la fin du traitement, la plaque peladique s'est agrandie de *moitié*.

Obs. XV. — Félicie V..., âgée de 10 ans. Pelade ophiasique dont le début occipital remonte à deux mois, lorsque nous voyons

la malade le 6 janvier à la consultation dentaire de St-Louis où elle nous est adressée.

Les lésions peladiques ont actuellement l'aspect suivant : grande plaque occipitale s'étendant sur les bordures jusqu'à la région pariéto-temporale des deux côtés. En outre, à la région frontale existe une plaque grande comme cinq francs. Ces plaques sont complètement glabres, aux confins des cheveux sains on voit un grand nombre de cheveux peladiques. Pas de points douloureux, pas d'hyperthermie, ni d'érythrose.

Ongles. — Piqueté aux médius des deux mains avec taches blanches.

Dentition. — Première molaire et deuxième molaire temporaires du bas à droite sont cariées au 3^e degré, la canine inférieure de ce côté est en évolution. A gauche et en haut, la deuxième molaire et la première molaire temporaires sont cariées au 4^e degré.

Traitement dentaire. — Toutes les dents cariées sont extraites le 6 janvier.

La malade est revue le 14 mai : pas de modification de ses plaques peladiques. Les dents permanentes, correspondant aux dents temporaires enlevées le 6 janvier sont en pleine évolution. Le 9 juin, les dents permanentes continuent à évoluer et on voit à jour frisant quelques follets de repousse sur la région occipitale. Nous revoyons la malade en août, elle est en pleine repousse de cheveux colorés. Nous insistons sur ce point : *la repousse s'est faite alors que les maxillaires étaient profondément troublés par l'évolution des dents permanentes dont nous avons parlé plus haut.*

Obs. XVI. — L..., âgé de 17 ans, employé de commerce, se présente à nous le 27 janvier 1903 pour une plaque de pelade occipitale ayant débuté six mois auparavant. C'est un garçon vigoureux, n'ayant jamais été malade. Cette plaque peladique occipitale a la grandeur d'une paume de main, elle est entourée de cheveux massués. Elle siège exactement à la région occipi-

tale, un peu à gauche. Nous ne trouvons aucune sensibilité des points de Valleix, pas d'hyperthermie, pas d'érythrose.

Ongles. — Le pouce gauche a un ongle piqué.

Dentition. — L'examen ne nous fait voir comme lésions qu'une carie au 4^e degré, très avancée, de la première grosse molaire du haut à gauche. Les autres dents sont saines.

Traitement dentaire. — Extraction, par M. Chompret, de cette grosse molaire le 27 janvier

Résultat. — Nous voyons le malade en mars, l'aire peladique n'a pas changé d'aspect.

En mai, juin, juillet, août, toujours pas de repousse. Le traitement dentaire a été fait il y a *sept mois*.

Obs. XVII. — Berthe M..., 15 ans, nous est adressée le 24 janvier 1903. Elle porte au niveau de la bosse pariétale *droite* une plaque de pelade égalant en surface une pièce de cinq francs. Cette plaque a débuté il y a deux ans, est restée glabre pendant huit mois environ, puis s'est recouverte de cheveux de repousse. Il y a trois mois une nouvelle aire alopécique s'est formée au centre des cheveux de repousse, elle s'est rapidement étendue et reste stationnaire depuis deux mois. Pas d'érythrose, pas de points douloureux, pas d'hyperthermie. La malade jouit d'une bonne santé générale.

Ongles. — Taches blanches aux deux mains.

Dentition. — Carie au 3^e degré de la première prémolaire *droite* du haut, et carie au 4^e degré de la deuxième prémolaire *gauche* du haut également.

Traitement dentaire. — Extraction de la deuxième prémolaire supérieure *gauche*, soins et obturation de la première prémolaire *droite* haut. Le traitement dure quinze jours.

Résultat. — Nous revoyons la malade en mars, la plaque alopécique est stationnaire.

En avril, la plaque s'est agrandie.

En mai, l'état est stationnaire.

En juin, juillet, août pas de modifications.

En novembre, apparaissent quelques follets de repousse c'est-à-dire *neuf mois* après le traitement dentaire.

OBS. XVIII. — Pauline H..., 18 ans. N'a jamais été malade.

Elle remarque il y a trois semaines une plaque de pelade de la grandeur d'un franc au-dessus de l'oreille *gauche*, la plaque ne s'est pas agrandie depuis cette époque. Nous voyons la malade le 10 février 1903, nous ne notons aucune sensibilité particulière des points de Valleix, pas d'érythrose, pas d'hyperthermie.

Ongles. — Piqueté au cinquième doigt de la main gauche.

Dentition. — En haut : à droite, l'incisive latérale *temporaire* existe toujours, mais elle remue ; à *gauche*, l'incisive latérale manque et la canine termine son évolution, rien de particulier au maxillaire inférieur.

Traitement dentaire. — Extraction de l'incisive latérale supérieure temporaire.

Résultat. — Nous voyons la malade en mars, la canine supérieure gauche a terminé son évolution. La plaque peladique n'a pas subi de modification.

La malade nous revient en mai, pas de changement.

En juillet, aucune modification.

En septembre, la plaque est entièrement recouverte d'un fin duvet de repousse. Le traitement a été effectué il y a sept mois et, d'autre part, la canine a terminé son évolution depuis *six mois*.

OBS. XIX. — M. N..., 48 ans, nous est adressé le 21 mars 1903 à la consultation dentaire de l'Hôpital St-Louis. Il s'est aperçu, il y a trois ans, que sa barbe tombait sur le côté droit de son menton, laissant bientôt complètement glabre un espace de la grandeur d'une pièce de cinquante centimes environ. Peu après apparaissait sur le côté *gauche* du menton une nouvelle plaque de pelade, grande environ comme une pièce de vingt centimes. Depuis cette époque il s'est continuellement traité, sans succès du reste. Nous ne notons pas chez lui de sensibilité particulière

aux points d'émergence des nerfs, pas d'érythrose, pas d'hyperthermie.

Ongles. — Rien de particulier.

Dentition. — Il y a un peu plus de trois ans, c'est-à-dire deux ou trois mois avant l'apparition de sa première plaque de pelade à droite, le malade a eu une carie à sa deuxième grosse molaire supérieure *gauche*, la carie était, paraît-il, très douloureuse et obligea le malade à se faire soigner dans une clinique. Cette dent fut traitée et pansée, mais N... négligea de retourner chez le dentiste et cette molaire ne fut jamais obturée, depuis il éprouve parfois une douleur fugace et très légère au niveau de cette dent. Le restant de la dentition est en bon état.

Traitement dentaire. — Nous avons nous-même nettoyé et préparé l'ancienne cavité, et après une obturation provisoire à la gutta-percha nous lui avons fait une obturation définitive à l'amalgame. Le traitement était terminé le 11 avril.

Résultats. — N... est revu en juin, les plaques n'ont subi aucune modification.

En juillet, toujours pas de repousse.

En août, nous apercevons quelques follets de repousse à *droite*.

En septembre, la plaque droite a perdu les follets de repousse.

La plaque gauche n'a toujours pas bougé.

Nous n'avons plus revu le malade.

OBS. XX. — Henri P... est un jeune garçon de quatorze ans.

Il a eu la rougeole à l'âge de six ans, depuis il n'a pas été malade. Nous le voyons à la consultation externe de l'Hôpital St-Louis le 21 janvier 1903 où il vient pour faire traiter une plaque de pelade de la grandeur d'une pièce de cinq francs siégeant au-dessus de l'oreille *droite*, et deux autres taches peladiques un peu plus petites qu'une pièce d'un franc, situées un peu en arrière et au-dessus de l'oreille *gauche*. La plaque de droite a débuté il y a cinq mois et les deux de droite il y a environ un mois. Pas d'hyperthermie, pas d'érythrose pas de points douloureux.

Ongles. — Taches blanches et piqueté au pouce gauche.

Dentition. — La première molaire au bas à *droite* a une carie de la pulpe. Les autres dents sont saines.

Traitement dentaire. — La première molaire inférieure *droite* est extraite le 24 janvier.

Résultat. — Nous revoyons le malade au mois d'avril. La plaque de *droite* paraît agrandie, les deux petites plaques de gauche sont en pleine repousse.

En mai, la plaque droite présente toujours le même aspect.

En juin, rien de particulier.

En août, nous voyons à jour frisant quelques follets de repousse. Le traitement dentaire a été fait il y a *sept mois*.

OBS. XXI. — Mlle Maria B..., 28 ans, se présente à la consultation du laboratoire Lailler le 4 mars 1903. Elle a une petite tache de pelade de la grandeur d'une pièce d'un franc à la région nuchale, un peu à *droite*. Cette plaque lui a été signalée par un coiffeur il y a une quinzaine de jours. La malade ne présente pas d'érythrose, pas d'hyperthermie ni de points douloureux.

Ongles. — Rien de particulier,

Dentition. — La deuxième grosse molaire supérieure gauche a été enlevée il y a trois ans. La canine inférieure gauche a une carie de la dentine. Les trois grosses molaires supérieures *droites* sont recouvertes d'une énorme masse de tartre, cependant il n'y a pas de gingivite.

Traitement dentaire. — La carie de la canine inférieure *gauche* est traitée, et nous enlevons le tartre recouvrant les trois grosses molaires supérieures *droites*, le 21 mars.

Résultat. — Nous avons revu le malade tous les mois jusqu'au mois d'août, l'aspect de la plaque était toujours le même.

OBS. XXII. — Emile M..., âgé de 16 ans, se présente à la consultation du laboratoire Lailler le 21 janvier 1903. Il est porteur de deux aires peladiques ; l'une de la grandeur d'une pièce d'un franc siège au milieu de la région frontale, le début de cette plaque date de six mois ; l'autre, grande comme deux francs est

située dans la région du vertex un peu à gauche, début il y a quatre mois environ. Notons en passant que le malade s'est fait enlever des végétations nasales il y a *trois mois*. Nous ne remarquons ni érythrose, ni hyperthermie, ni points douloureux.

Ongles. — Pas de lésions peladiques, mais des lésions d'eczéma qui s'étendent à tous les doigts.

Dentition. — Toutes les dents sont saines, mais au niveau des incisives inférieures il y a une notable accumulation de tartre.

Traitement dentaire. — Nous faisons un nettoyage le 24 janvier.

Résultat. — Nous n'avons revu le malade qu'une fois, en juin, les aires peladiques étaient toujours dans le même état.

OBS. XXIII. — Georges N..., 11 ans, nous est présenté le 4 février 1903 pour une pelade ophiasique ayant débuté il y a un an par une tache nuchale ; depuis, cette tache s'est agrandie et deux autres se sont formées au niveau de chaque oreille, les trois aires alopéciques se sont fusionnées. Il y a un mois apparaît une plaque au vertex. Actuellement la région nuchale et la région latérale droite sont en repousse. Pas d'érythrose, pas d'hyperthermie, pas de points douloureux.

Ongles. — Piqueté au cinquième gauche.

Dentition. — La canine temporaire gauche est fortement branlante, poussée par la canine permanente qui évolue.

Traitement dentaire. — Nous faisons sauter avec l'ongle la canine temporaire inférieure gauche. Les autres dents ne présentent rien de particulier.

Résultat. — Le malade est revu en avril, la canine permanente a évolué. La repousse s'est accentuée sur la nuque et à droite. Rien à gauche

En mai, la région gauche est toujours glabre.

En juin, cette région commence à se recouvrir de cheveux de repousse.

OBS. XXIV. — Mme P..., 44 ans, que nous voyons le 11 février, s'est aperçue, il y a une semaine, qu'elle avait en arrière de

l'oreille *droite* une petite plaque de pelade. Cette petite aire peladique a le diamètre d'une pièce de cinquante centimes, elle est entourée de cheveux massués. Pas de points douloureux, pas d'érythrose, pas d'hyperthermie.

Ongles. — Aucune lésion.

Dentition. — Carie de la dentine de la première molaire supérieure gauche, il ne reste plus que les racines de la deuxième grosse molaire supérieure du même côté. La deuxième prémolaire du bas à *droite* n'a plus également que des racines infectées.

Traitement dentaire. — La première molaire supérieure gauche est soignée et obturée. Les racines des deux autres dents signalées plus haut sont extraites. Le traitement est terminé le 28 février.

Résultat. — La malade est revue tous les mois et ce n'est qu'au mois de mai qu'apparaissent des follets de repousse.

Obs. XXV. — Suzanne M..., 6 ans, nous est présentée par sa mère le 25 février. Une première plaque de pelade est apparue l'an dernier à la région temporale *droite*. La petite malade ne souffrait pas des dents à cette époque. Cette aire peladique n'a duré qu'une quinzaine de jours. La mère de cette enfant s'est aperçue il y a trois semaines que cette dernière présentait une plaque de pelade dans la région frontale *gauche*, depuis la plaque s'est agrandie et représente actuellement le diamètre d'une pièce de cinquante centimes. Pas d'érythrose, pas d'hyperthermie, pas de points douloureux.

Ongles. — Pas de lésions peladiques.

Dentition. — La deuxième molaire inférieure *gauche* a une carie de l'émail, et l'incisive latérale gauche supérieure a un petit point de carie du deuxième degré.

Traitement dentaire. — La malade vient faire soigner ses dents le 17 mars et, en examinant la plaque, nous voyons qu'elle se recouvre de fins cheveux de repousse. Néanmoins nous pratiquons les soins dentaires.

Résultat. — Nous avons revu la malade huit jours après, la repousse continuait. Remarquons que la repousse avait débuté avant le traitement dentaire.

OBS. XXVI. — M. C. M..., 48 ans, est un homme intelligent, mais faisant partie de cette catégorie de névropathes qui passent leur vie à s'observer constamment, quant à leur santé. Il n'a jamais eu, dit-il, une brillante santé, cependant il n'a jamais été gravement malade ; il signale une bronchite en 1890.

Il y a cinq mois et demi exactement, nous voyons le malade en juillet 1903, C. M... qui portait toute sa barbe, remarque sur son menton à gauche une petite plaque de pelade. Il se fait raser.

Deux mois après apparaît sur la tête, en avant du vertex, une aire peladique du diamètre d'une pièce de cinquante centimes, une quinzaine de jours après, une nouvelle plaque se montre à la région occipitale. Pendant ce temps, les premières plaques s'agrandissent. Peu à peu la tête se couvre ainsi de petites aires peladiques, quelques-unes guérissant alors que d'autres se forment. Un an après le début de la première plaque, la moustache tombe presque totalement. Sur les joues, la barbe n'a jamais été très fournie et présentait par endroits des régions glabres. Un an et demi après le début des accidents, la région occipitale et les régions sus-auriculaires étaient complètement dénudées, cet état a duré environ une année, puis une repousse de cheveux blancs s'est faite qui dure encore. Les petites plaques sur la tête continuent à évoluer comme auparavant jusqu'au moment où nous voyons le malade.

Actuellement, en juillet 1903, la tête présente l'aspect suivant : En arrière, la région occipitale, et sur les côtés, les régions sus-auriculaires sont recouvertes de cheveux blancs assez raides, le restant du cuir chevelu est parsemé de petites aires peladiques allant du diamètre d'une lentille à celui d'une pièce de cinquante centimes, les unes se recouvrent de poils de repousse colorés, d'autres présentent des cheveux massués. Le menton

présente également (le malade ne s'est pas rasé depuis quelques jours) des aires peladiques dénudées voisinant avec d'anciennes aires recouvertes de poils blancs. Même état des moustaches et de la barbe des joues. Les poils, sur le restant du corps ne présentent rien d'anormal. Pas de points douloureux, pas d'hyperthermie ni d'érythrose.

Dentition. — La troisième molaire supérieure *droite* a été soignée et obturée *quatre ans avant* l'apparition de la première plaque peladique. De plus, la première molaire inférieure *droite* a été également soignée et obturée dans une clinique, il y a *un an*, c'est-à-dire pendant que la pelade évoluait. Actuellement nous ne voyons rien de particulier aux autres dents.

Ongles. — Les ongles ne présentent pas de troubles trophiques.

Traitement local. — Le malade a suivi plusieurs traitements locaux, sans aucun succès, comme nous l'avons vu.

Notons que le malade a cinq enfants bien portants et que sa femme n'a jamais eu la moindre tache de pelade.

Obs. XXVII. — F..., 27 ans, se présente à nous le 17 mars 1903.

Il n'a jamais été malade. Il y a quatre mois, apparaît une plaque de pelade dans la région occipitale un peu à *droite* qui atteint bientôt la grandeur d'une pièce de cinquante centimes, et reste stationnaire, il suit un traitement local mais sans succès. Actuellement, la plaque ne présente aucun duvet de repousse. Nous recherchons en vain les points douloureux à l'émergence des nerfs, et ne constatons pas plus l'érythrose et l'hyperthermie que la théorie gingivo-dentaire signale.

Ongles. — Pas de troubles trophiques.

Dentition. — Il y a deux ans, la première molaire inférieure *droite*, cariée est douloureuse, F... se la fait enlever. A l'âge de 13 ans, il s'était fait enlever la deuxième molaire inférieure *droite* et à 21 ans la première prémolaire supérieure *gauche*. Actuellement, il ne reste plus de la première prémolaire supé-

rière *droite* et de l'incisive latérale *gauche* et supérieure que les racines. Ces racines ne sont pas douloureuses.

Traitement dentaire. — Nous enlevons toutes ces racines le 17 mars.

Résultat. — Nous avons revu le malade tous les mois jusqu'en juin où nous l'avons vu pour la dernière fois ; sa plaque était toujours glabre.

Il nous a paru intéressant de mentionner quelques observations de malades dont les lésions dentaires n'ont pas été traitées et qui ont guéri de leur pelade.

OBS. XXVIII. — Mlle L. S..., 16 ans et demi. Se présente à la consultation du laboratoire Lailler le 21 janvier 1903. Elle signale comme maladie antérieure une rougeole à l'âge de 15 ans.

Il y a deux mois une plaque de pelade apparaît à la région occipitale, elle s'étend et actuellement, le 21 janvier, a la dimension d'une paume de main. Elle présente à son pourtour de nombreux cheveux peladiques. Nous ne notons ni érythrose, ni hyperthermie, ni points douloureux.

Ongles. — Taches blanches nombreuses et stries sans piqueté.

Dentition. — Première molaire inférieure droite enlevée il y a un an et demi ; les dents sont en bon état (très bien entretenues), sauf une carie du deuxième degré de la canine inférieure droite.

La malade est vue régulièrement toutes les trois semaines ; nous assistons ainsi à l'évolution de la pelade qui s'étend progressivement aux bordures sus-auriculaires de chaque côté et nous voyons apparaître en avril une plaque isolée à la région frontale droite. A partir de cette époque la pelade reste stationnaire. Notons cependant que le nombre des cheveux peladiques autour des aires a sensiblement diminué.

En novembre, la région occipitale commence à se recouvrir d'un fin duvet de repousse ; en décembre, les autres plaques prennent part également à cette repousse.

OBS. XXIX. — Marthe L..., 13 ans, n'a jamais été malade. Nous

la voyons le 7 janvier 1903 à la consultation externe de St-Louis, elle a une pelade ophiasique ayant débuté au mois de juin précédent. La région occipitale est détruite ainsi que les bordures au niveau des oreilles, sur le restant du cuir chevelu se trouvent disséminées trois aires peladiques de la dimension d'une pièce de cinquante centimes, ces petites plaques se sont montrées il y a deux mois environ. Pas d'hyperthermie, ni d'érythrose, ni de points douloureux.

Ongles. — Le cinquième gauche présente un piqueté très net.

Dentition. — Les deuxièmes molaires inférieures gauche et droite terminent leur évolution. La première molaire supérieure droite est cariée au troisième degré, la première prémolaire supérieure gauche présente également une carie du troisième degré.

Nous revoyons la malade fin janvier, les deux dents qui évoluaient ont terminé leur évolution, l'état de la pelade est le suivant : les plaques disséminées sur le cuir chevelu s'agrandissent, une nouvelle plaque du diamètre d'une pièce de vingt centimes a fait son apparition.

Nous ne revoyons la malade qu'en mai, les trois premières plaques n'ont pas augmenté de dimensions, mais la dernière est grande comme une pièce de cinquante centimes.

En juin la malade revient, et nous notons quelques *îlots de repousse* sur la région occipitale, et la malade nous dit que depuis huit jours elle éprouve des douleurs très sensibles à une dent qu'elle nous indique et qui est la première prémolaire supérieure gauche, dont nous avons parlé plus haut. Nous donnons rendez-vous à la malade pour lui soigner cette dent, mais nous ne l'avons plus revue.

Obs. XXX. — M. R..., âgé de 38 ans, que nous voyons le 13 février 1903 à la consultation de St-Louis est atteint de pelade depuis un an. Sa pelade a débuté par une plaque sus-auriculaire gauche, dans l'espace de deux mois huit autres petites aires alopéciques se sont formées, ont atteint les unes le diamètre d'une pièce d'un franc, les autres les diamètres d'une pièce de cin-

quante centimes et de vingt centimes et sont restées stationnaires. A la même époque, c'est-à-dire vers février 1902, le malade voit sur son abdomen, son thorax et ses bras de petites taches blanches de vitiligo. Vers le mois de juin 1902 apparaît une plaque sur le menton à droite de la grandeur d'une pièce de vingt centimes, cette plaque n'augmente pas de dimension.

Ongles. — L'index et le médius de la main droite ont des troubles trophiques unguéaux très nets : stries avec piqueté, à la main gauche l'ongle de l'index seul a des troubles trophiques.

Dentition. — Extraction il y a quatre ans de la troisième molaire supérieure gauche. Il y a trois ans extraction de la deuxième prémolaire droite. Actuellement, carie du 3^e degré de la deuxième grosse molaire supérieure droite.

Le malade, malgré nos instances, ne veut ni se faire enlever ni se faire soigner cette dent. Nous l'avons revu fortuitement au mois d'avril, sa pelade était en pleine repousse et les lésions de vitiligo étaient stationnaires.

OBS. XXXI. — Auguste A... est un enfant de 9 ans que sa mère nous présente le 18 février à la consultation du laboratoire Lailler.

Sa mère s'est aperçue il y a huit jours, à la suite d'une coupe de cheveux, de la plaque de pelade pour laquelle elle vient à la consultation. Cette plaque, du diamètre d'une pièce de cinquante centimes, est située en haut et en arrière de la région pariétale gauche, elle est entourée de cheveux peladiques.

Pas de points douloureux, pas d'érythrose, pas d'hyperthermie.

Ongles. — L'ongle du cinquième doigt gauche présente des stries avec piqueté.

Dentition. — La deuxième molaire supérieure droite est cariée au 3^e degré, ainsi que la première molaire inférieure gauche.

Aucun traitement dentaire n'est fait. Nous voyons le malade toutes les trois semaines et nous avons vu apparaître un duvet de poussée en avril.

OBS. XXXII.— Le jeune M. J..., âgé de 8 ans, que nous voyons le 18 février est atteint depuis le 5 janvier, époque à laquelle la mère s'en aperçoit, d'une aire peladique située à la partie supérieure de la région pariétale *droite* et du diamètre d'une pièce de cinquante centimes. Au moment où nous la voyons la plaque commence à se recouvrir d'un fin duvet de repousse que l'on voit à jour frisant. Nous ne trouvons pas de points douloureux, pas d'hyperthermie et pas d'érythrose.

Ongles. — Sont en spatule et striés.

Dentition. — Deuxième incisive supérieure droite et première molaire supérieure gauche ont été enlevées en octobre, donc avant l'apparition de la plaque peladique. Actuellement on voit une carie de l'émail à la première molaire inférieure.

Le petit malade est revu le 11 mars, la repousse continue. Nous n'avons plus revu le malade.

Nous allons, pour clore cette série d'observations, citer celles de huit malades, qui nous ont paru particulièrement intéressantes.

Voici d'abord trois observations concernant une pelade familiale.

OBS. XXXIII.— Pierre B..., 55 ans, est le père des deux malades dont nous parlerons ensuite. Il jouit d'une bonne santé générale. Signalons en passant une poussée d'eczéma sur les jambes à l'âge de 45 ans. Depuis l'âge de 15 ans, B... a eu des plaques de pelade successivement sur tout le cuir chevelu jusqu'à l'âge de 32 ans. Ces aires repoussaient au bout d'un temps plus ou moins long. De 32 à 44 ans le malade ne présente aucune manifestation peladique. Mais, à partir de cette époque, apparaissent des aires peladiques dépilant la barbe des joues et du menton ; ces plaques durent quelques mois puis se recouvrent de poils de repousse alors que d'autres se forment. Cet état dura jusqu'à l'âge de 50 ans. De 50 à 55 ans, nouvelle rémission des manifestations peladiques. Actuellement le malade présente sur la lèvre droite une aire pe-

ladique de forme allongée. Nous recherchons en vain la sensibilité des points de Valleix, ainsi que l'érythrose et l'hyperthermie. *Signalons la présence de la pelade chez le père du malade.*

Ongles. — Nous ne trouvons pas de lésions.

Dentition. — Le malade empêché par ses occupations de consacrer encore quelques instants à son examen devait revenir la semaine suivante. Malheureusement nous ne l'avons pas revu.

OBS. XXXIV. — Mme Marie V..., 29 ans, fille du précédent, n'a jamais été malade. Sa première atteinte de pelade date d'un an. A ce moment quatre petites aires peladiques sont apparues à la région occipitale et ont rapidement acquis chacune le diamètre d'une pièce de cinquante centimes, puis sont restées stationnaires. En même temps que ces plaques occipitales apparaissaient des plaques pariétales, deux à droite et une à gauche, de même grandeur que les premières. Aucun point douloureux, pas d'hyperthermie, pas d'érythrose. Nous notons à l'examen la repousse de trois des aires occipitales.

Ongles. — Stries et piqué sur l'ongle de l'annulaire droit.

Dentition. — Pour les mêmes motifs que pour le père nous n'avons pu recueillir aucun renseignement sur la dentition de cette malade.

OBS. XXXV. — Mme L..., 27 ans, deuxième fille du précédent Pierre B... N'a jamais été malade. A l'âge de 4 ans elle fait une chute du haut d'une table, sa tête ayant heurté un meuble, il s'en suit une lésion du cuir chevelu qui se cicatrise rapidement.

D'après le père de la malade, c'est à partir de ce moment qu'apparaissent des plaques peladiques ; ces plaques ne repoussent pas, alors que d'autres aires peladiques se forment, si bien qu'en deux ans le cuir chevelu est complètement décalvé. Les cils et les sourcils sont également tombés. Vers l'âge de quatorze ans, une mèche de cheveux blonds pousse sur la ligne médiane du cuir chevelu à 10 centimètres du front ; cette mèche dure trois ans, puis tombe. Notons que la malade *n'a jamais eu de poils aux régions qui en possèdent habituellement.* Nous ne

remarquons ni érythrose, ni hyperthermie, ni points douloureux. Ses urines que nous examinons ne contiennent ni sucre, ni albumine.

Ongles. — Tous les ongles présentent un piqueté très net.

Dentition. — Nous ne découvrons aucune carie, la malade a toutes ses dents, mais une quantité de tartre est accumulée sur la face externe des molaires supérieures gauches et un peu sur la même face des molaires inférieures du même côté.

Ce tartre est enlevé le 7 mars.

En avril, un peu d'eczéma artificiel sur le cuir chevelu dû à une pommade que la malade s'est appliquée.

En mai, apparition de quelques follets lanugineux.

En juin, les follets ont disparu.

La malade a été vue tous les mois, actuellement il n'y a toujours pas de repousse.

Voici maintenant deux observations de malades présentant, comme la précédente, des pelades totales.

OBS. XXXVI. — Marie F..., âgée de 32 ans, vient à la consultation du laboratoire Lailler le 25 février. Pas d'antécédents héréditaires peladiques. Il y a quatre ans que la pelade a débuté par une petite plaque frontale, d'autres aires peladiques se sont peu à peu formées sur le cuir chevelu, si bien qu'au bout de six mois celui-ci était criblé d'aires peladiques de toutes dimensions, en même temps les sourcils et les cils ainsi que tous les poils du corps tombent. Puis les aires alopéciques du cuir chevelu s'agrandissent, finissent par se fusionner et aboutissent à une déglabration totale du cuir chevelu un an après le début des accidents. La malade a suivi plusieurs traitements. Nous ne trouvons aucun point douloureux; pas d'hyperthermie, pas d'érythrose. Pas de sucre ni d'albumine dans les urines.

Ongles. — Troubles trophiques très nets des ongles de tous les doigts, qui sont en spatule, les stries et le piqueté y sont typiques.

Dentition. — Il y a quatre ans, la première grosse molaire

inférieure gauche est douloureuse par suite d'une carie, la malade se la fait extraire. Actuellement la troisième molaire supérieure droite et la première prémolaire supérieure du même côté sont cariées au 3^e degré, il n'existe plus que les racines de la première molaire inférieure droite. Toutes ces caries sont douloureuses.

Traitement dentaire. — Fait par un dentiste, est terminé lorsque nous revoyons la malade fin mars, celle-ci ne souffre plus.

Résultat. — Nous revoyons la malade toutes les six semaines et actuellement aucune région du corps ne se recouvre de poils de repousse.

OBS. XXXVII. — Berthe J..., 19 ans, que nous voyons à la consultation du laboratoire Lailler le 14 janvier 1903, est *minus habens*, d'apparence chétive et rachitique, de plus elle présente une cyphose dorsale. Elle n'a jamais été réglée. A l'âge de 9 ans, Berthe J... a été atteinte d'impétigo du cuir chevelu qui disparaît après deux mois de traitement. A l'âge de 10 ans environ, apparaissent quelques plaques de pelade sur le cuir chevelu, ces plaques ne sont pas de longue durée, et guérissent au bout de trois ou quatre mois. A l'âge de 12 ans, nouvelle poussée d'impétigo du cuir chevelu qui dure deux ou trois mois. Vers sa quatorzième année, la malade a, pendant une quinzaine de jours, de violents maux de tête accompagnés de vomissements et d'élévation de température.

C'est pendant cette période qu'apparaissent des aires peladiques disséminées sur tout le cuir chevelu. Ces aires alopéciques s'étendent continuellement et en un an et demi déglabrent complètement le cuir chevelu. En même temps les cils et sourcils ainsi que tous les poils du corps tombent.

Depuis cette chute totale la malade a présenté trois ou quatre repousses de duvet blond en quelques régions du cuir chevelu. Ces repousses n'ont duré que deux ou trois mois et se sont terminées par la chute des follets.

Actuellement *la déglabration est complète sur le cuir chevelu et sur tout le corps.*

Nous ne trouvons pas de sensibilité spéciale des points de Valleix, pas d'hyperthermie, pas d'érythrose. L'analyse d'urines que nous avons faite ne nous a décelé ni sucre ni albumine.

Ongles. — Lésions unguéales très nettes : stries et piqueté.

Dentition. — Quatre avulsions, deux avant la pelade. Actuellement, carie au quatrième degré de la première grosse molaire supérieure gauche.

Traitement dentaire. — La malade n'y a jamais consenti.

Nous revoyons la malade toutes les six semaines ; elle présente des alternatives de repousse et de chute des follets de repousse.

Voici en dernier lieu trois observations qui nous ont paru présenter un réel intérêt et que nous signalons, bien que nous n'ayons malheureusement pu suivre les sujets.

OBS. XXXVIII. — Paul B..., 7 ans, nous est présenté le 11 mars 1903. Sa mère nous apprend qu'il a eu l'année précédente une scarlatine ayant, paraît-il, duré de fin juin à septembre. En janvier 1903 la mère remarque que les cheveux dans la région de la nuque et sur les oreilles sont très « éclaircis ».

A la même époque, l'enfant B... fait une chute, la tête heurte un objet de consistance dure et il en résulte une bosse sanguine dans la région pariétale gauche. Peu de temps après cet accident apparaît sur la bosse sanguine même une tache peladique de la dimension d'une pièce de cinquante centimes. Quatre ou cinq jours après se montre une deuxième tache peladique de même dimension, un peu en arrière de la précédente et suivie à une semaine d'intervalle d'une troisième aire peladique du même diamètre que les précédentes, mais siégeant à la région pariétale droite.

La mère du malade nous apprend également que depuis le mois d'octobre, le jeune malade « a des douleurs dans les oreilles, apparaissant à peu près tous les mois et suivies d'un écoule-

ment qui au début était assez abondant ». La douleur et l'écoulement durent en général quatre ou cinq jours.

Nous ne notons ni érythrose, ni hyperthermie, ni points douloureux.

Ongles. — Aucun trouble unguéal.

Dentition. — Les deux premières grosses molaires inférieures, gauche et droite, ont des caries du 4^e degré, celle de gauche même n'a plus que les racines. L'incisive latérale et la canine inférieures droites ont des caries du 2^e degré.

Nous n'avons pu suivre le petit malade qui s'est dérobé au traitement dentaire.

OBS. XXXIX. — Mlle Louise L., 17 ans 1/2, se présente à la consultation au laboratoire Lailler le 11 février 1903. N'a jamais été malade auparavant, elle signale seulement une plaque de pelade occipitale à l'âge de treize ans, dont la durée fut de deux mois et qui guérit sans aucun traitement.

Il y a un an, la malade fait une rhinite hypertrophique à droite et à gauche, mais les symptômes sont plus accentués à droite qu'à gauche. La malade est actuellement en traitement.

En avril dernier, c'est-à-dire il y a dix mois, apparaît une plaque peladique occipitale de la grandeur d'une pièce de cinq francs, et deux mois après, une deuxième aire alopecique grande comme un franc, au-dessus de l'oreille gauche. Pas d'hyperthermie, pas d'érythrose, pas de points douloureux.

Ongles. — Les ongles sont en spatule et semés de taches blanches.

Dentition. — La deuxième grosse molaire droite, la première prémolaire et la deuxième grosse molaire gauches du haut ont des caries au troisième degré. La première prémolaire et la deuxième molaire droites et inférieures ont des caries au quatrième degré, la première molaire inférieure gauche est cariée au second degré.

Traitement dentaire. — La malade ne l'a pas accepté et nous ne l'avons plus revue.

OBS. XL. — Madeleine T..., 8 ans, nous est présentée le 28 avril 1903. Scarlatine à cinq ans, variole (?) à sept ans. Cette année, au mois de janvier, grippe durant une quinzaine de jours, céphalée intense avec élancements dans la région frontale. Vers le 20 janvier, élancements très douloureux dans l'oreille droite. Le 24, l'enfant est conduite à Trousseau où l'on diagnostique une mastoïdite et fait une intervention. Il sort une grande quantité de pus et une fistule persiste jusque vers le 10 avril, époque à laquelle elle se tarit et se ferme.

Il y a trois semaines, après une coupe de cheveux, la mère aperçoit au-dessus de l'oreille gauche une plaque peladique ou diamètre d'une pièce de cinq francs, présentant encore dans son aire quelques cheveux adhérents. Ces cheveux présentent une forme particulière : à leur extrémité libre se trouve un renflement massué auquel fait suite une sorte d'étranglement, puis la tige du cheveu, amincie sur une longueur de trois à quatre centimètres, va s'implanter dans le follicule, ce qui fait penser qu'il y a quelques mois (vers janvier, époque de la mastoïdite), sont apparus des cheveux peladiques coïncidant avec l'affection de l'apophyse mastoïde.

A la même époque apparaît au-dessus de l'oreille droite une aire peladique semblable présentant les mêmes particularités.

Actuellement la malade présente en outre des plaques peladiques que nous venons de décrire, une plaque typique d'ophiasis qui repousse après avoir déglabré en grande partie la région occipitale.

Nous ne trouvons chez cette petite malade ni points douloureux, ni hyperthermie, ni érythrose.

Ongles. — Stries avec piqueté. Les points de piqueté, d'après leur distance de la matrice, semblent remonter à *deux mois et demi*, partant de ce principe que l'ongle repousse en six mois.

Dentition. — La deuxième molaire supérieure gauche et la première molaire inférieure gauche sont cariées au troisième degré.

Nous n'avons pu pratiquer le traitement dentaire et n'avons pas revu la malade.

DEUXIÈME PARTIE

DE L'ÉVOLUTION DES DENTS ET DE LA CARIE DENTAIRE

Après avoir traité longuement dans la première partie de ce travail, de la pelade, de ses divers aspects morphologiques et cliniques, de son évolution, de sa coexistence avec les grandes infections chroniques, nous allons, dans cette deuxième partie, traiter deux points importants qu'il nous paraît utile de développer avant d'arriver à la critique de la théorie gingivo-dentaire de la pelade, ces deux points sont l'évolution et la carie dentaires.

CHAPITRE PREMIER

De l'évolution des dents.

En premier lieu voici un tableau, d'après Magitot (in thèse de Chérot, Paris, 1898), de la chronologie embryonnaire des diverses parties constituant le follicule dentaire chez l'homme.

Follicules	Début de l'organe de l'émail	Apparition du bulbe	Apparition de la paroi folliculaire	Clôture du follicule et rupture du cordon	Apparition du chapeau de dentine
Dents temporaires	7 ^e à 8 ^e semaine	9 ^e semaine	10 ^e semaine	5 ^e mois	16 ^e à 17 ^e semaine
Dents de remplacement	16 ^e semaine	20 ^e semaine	21 ^e semaine	9 ^e mois	1 ^{er} mois après la naissance
1 ^{re} grosse molaire	15 ^e semaine	17 ^e semaine	18 ^e semaine	20 ^e semaine	6 ^e mois de la vie fœtale
2 ^e grosse molaire	3 ^e mois après la naissance	6 ^e mois	10 ^e mois	1 ^{re} année	3 ^e année (fin)
3 ^e gr. molaire	6 ans	7 ans	7 ans	8 ans	12 ans

Ces détails chronologiques établis, arrivons à l'âge d'éruption des dents. Nous ne parlerons pas des nombreux travaux faits à ce sujet, ni des diverses méthodes statistiques employées, nous nous bornerons à citer les résultats signalés dans la thèse de M. Chérot, que nous résumons dans les tableaux synoptiques suivants.

Dentition temporaire.	Incisives	1 ^{re} Incisive	Supérieure	Age moyen : 9 mois, 21 jours. Age probable : 7 mois, 24 jours.
			Inférieure	Age moyen : 9 mois 1/2. Age probable : 7 mois 1/2.
		2 ^e Incisive	Supérieure	Age moyen : 12 mois, 4 jours. Age probable : 10 mois.
			Inférieure	Age moyen : 14 mois 1/2. Age probable : 14 mois 1/2.
	Canines	Supérieure	Age moyen : 20 mois. Age probable : 19 mois, 10 jours.	
		Inférieure	Age moyen : 21 mois. Age probable : 19 mois, 24 jours.	
	Molaires	1 ^{re} Molaire	Supérieure	Age moyen : 17 mois 1/2. Age probable : 16 mois.
			Inférieure	Age moyen : 17 mois. Age probable : 16 mois.
		2 ^e Molaire	Supérieure	Age moyen : 24 mois, 21 jours. Age probable : 24 mois.
			Inférieure	Age moyen : 24 mois 1/2. Age probable : 24 mois.
Dentition permanente.	Incisives	1 ^{re} Incisive	Supérieure	Age moyen : 7 ans 1/2. Age probable : 6 ans, 9 mois.
			Inférieure	Age moyen : 6 ans, 10 mois. Age probable : 6 ans, 5 mois.
		2 ^e Incisive	Supérieure	Age moyen : 8 ans, 4 mois. Age probable : 8 ans.
			Inférieure	Age moyen : 7 ans, 8 mois. Age probable : 7 ans, 3 mois.
	Prémo-laires	Supérieure	Age moyen : 11 ans. Age probable : 11 ans.	
			Age moyen : 10 ans, 5 mois. Age probable : 9 ans, 9 mois.	
		1 ^{re} Prémo-laire	Supérieure	Age moyen : 10 ans, 2 mois. Age probable : 9 ans, 4 mois.
			Inférieure	Age moyen : 10 ans, 3 mois. Age probable : 9 ans, 9 mois.
		2 ^e Prémo-laire	Supérieure	Age moyen : 10 ans 1/2. Age probable : 9 ans 10 mois.
			Inférieure	Age moyen : 11 ans. Age probable : 10 ans 1/2.
	Molaires	1 ^{re} Molaire	Supérieure	Age moyen : 6 ans, 3 mois 1/2. Age probable : 5 ans, 10 mois.
			Inférieure	Age moyen : 6 ans, 3 mois. Age probable : 5 ans, 10 mois.
		2 ^e Molaire	Supérieure	Age moyen : 12 ans. Age probable : 11 ans, 8 mois.
			Inférieure	Age moyen : 11 ans, 11 mois. Age probable : 11 ans, 7 mois.
Troisième Dentition				Age moyen : 19 ans 1/2.
3 ^e Molaire supérieure et inférieure				Age probable : 19 ans.

Nous n'insisterons pas sur l'embryogénie des dents ni sur le mécanisme de leur évolution, ce qui nous entraînerait trop loin, nous voulions seulement attirer l'attention sur l'âge d'éruption des dents.

Voyons maintenant les phénomènes pathologiques consécutifs à cette éruption dentaire, en commençant par la première dentition.

Accidents locaux. — Le premier accident est la douleur parfois intense, ensuite le prurit, dus probablement tous deux à la pression qu'exerce la dent sur la face interne de la gencive. On note aussi du ptyalisme, de la gingivite et de la stomatite généralisée, suivie parfois de muguet et de manifestations aphteuses. Enfin on signale de la périostite et des adénites sous-maxillaires.

Accidents généraux. — Tout d'abord on a noté une certaine influence de l'éruption dentaire chez les nouveau-nés, c'est ainsi que s'exprime Hénoch dans les leçons sur les maladies des enfants : « La plupart des enfants qui font leurs dents sont, pendant l'éruption d'un groupe, de mauvaise humeur ; ils éprouvent des douleurs, ont un sommeil agité, et leur poids cesse un peu d'augmenter. » L'augmentation de poids de certains enfants reste momentanément stationnaire alors que avant l'éruption d'une dent ou d'un groupe de dents ces enfants gagnaient par jour dix à quinze grammes, par exemple, chez d'autres enfants le poids augmente moins pendant l'éruption d'une dent qu'avant la percée de cette dent. Enfin un certain nombre d'enfants perdent pendant une éruption dentaire une partie assez sensible de leur poids. Le frêle organisme de l'enfant est donc *totale*ment influencé par le travail de la dentition et si

bien influencé que l'on note fréquemment, est-il besoin de le dire, une sensible élévation de température.

Appareil digestif. — Les principaux accidents de ce groupe sont les *vomissements* et la *diarrhée*, avec selles dysentériques, parfois même accompagnées de mœlena. Exceptionnellement on a observé de la constipation pendant l'éruption dentaire.

Appareil respiratoire. — On note le coryza qui peut se compliquer par propagation de l'élément phlegmasique, de laryngite, de trachéite, de bronchite et parfois même de broncho-pneumonie.

Peau. — Du côté de la peau on signale fréquemment en langage familier les « feux de dents » qui sont en réalité des érythèmes, de l'urticaire, du lichen, de l'eczéma, du prurigo, et, avec infection microbienne, de l'impétigo.

Appareil de la vision. — On note la congestion du globe oculaire, de la conjonctivite phlycténulaire, du catarrhe muco-purulent de l'œil. Ces troubles oculaires sont surtout l'apanage de l'éruption des canines supérieures dites « œillères ».

Système nerveux. — Le système nerveux prend part également aux troubles de la première dentition, ces troubles sont le résultat de « phénomènes réflexes dus à l'irritation des nerfs dentaires par compression et à la transmission de cette irritation au trijumeau et même au bulbe (Dr Chompret). Ce sont des phénomènes convulsifs, légers ou intenses, tremblements (*spasmus nutans*), strabisme, nystagmus, rotation des yeux, qui cessent tous lorsque les dents ont accompli leur éruption.

Appareil urinaire. — Hunter signale des poussées de cys-

tite apparaissant lors des poussées successives des dents. On signale également des phimosis dus probablement aux urines irritantes.

Tels sont rapidement passés en revue les accidents de la *première dentition*. On voit le nombre et la variété des troubles pathologiques produits par l'éruption dentaire dans les divers appareils de l'économie et dans leur fonctionnement. Nous allons continuer cette rapide revue des méfaits de la dentition en signalant les accidents de la *deuxième dentition*.

Ces accidents sont moins nombreux et surtout moins intenses que lors de la première dentition, si bien que généralement, cette seconde dentition passe tout à fait inaperçue : l'organisme de l'enfant a un équilibre mieux établi et moins disposé aux accidents généraux. Il faut cependant faire exception pour les enfants débilités et nerveux chez lesquels on retrouve parfois les accidents de la première dentition (D^r Frey, thèse Paris, 1896). Aussi n'observe-t-on dans la deuxième dentition que des troubles locaux, mécaniques ou infectieux.

Ces troubles infectieux sont : de la gingivite plus ou moins intense, pouvant aller parfois jusqu'à la stomatite ulcéro-membraneuse, avec tuméfaction des ganglions lymphatiques.

Les troubles mécaniques sont : la douleur qui s'irradie parfois jusque dans l'oreille, la tempe et même la nuque (D^r Frey).

Comme nous le voyons, les accidents de la dentition permanente sont loin d'atteindre l'intensité et la gravité qu'ils revêtent souvent dans l'éruption des dents temporaires.

Il nous reste pour terminer ce chapitre à voir les accidents consécutifs à l'éruption de la troisième molaire, décrits sous le nom « d'accidents de la dent de sagesse ».

Accidents muqueux. — Sensation de gêne au fond de la bouche, la muqueuse plus ou moins perforée est tendue sur la couronne de la dent. Généralement les phénomènes s'entretiennent là, mais parfois il se fait une congestion intense par poussées, et la muqueuse tuméfiée finit par s'ulcérer. Il survient alors de la névralgie du rameau auriculaire postérieur et du nerf dentaire inférieur, névralgie qui est souvent accompagnée de gingivite. Cette gingivite se voit surtout au maxillaire inférieur et gagne tout le côté de la mâchoire, s'arrêtant généralement aux incisives. Les dents paraissent comme allongées et mobiles ; en pressant sur les gencives on fait sourdre un liquide séro-purulent. Bientôt les masséters sont contractés, l'haleine est fétide, le malade par son infection et la difficulté de son alimentation présente de l'élévation de sa température et de l'amaigrissement.

Accidents osseux. — L'angle de la mâchoire devient le siège d'un gonflement douloureux qui s'étend à la région parotidienne et sous-maxillaire, les ganglions sont tuméfiés, les mâchoires sont fortement contractées, les phénomènes généraux s'accroissent jusqu'au jour où apparaît une *fistule* livrant passage à la collection purulente. En général, l'orifice de ces fistules siège à la joue au niveau de la première molaire, à la région sous-maxillaire et parfois encore dans le conduit auditif externe. A ce moment, on remarque une notable diminution des phénomènes généraux et locaux.

Accidents des muqueuses voisines. — Parfois l'inflamma-

tion de la gencive se propage aux muqueuses du voile du palais, de la luette de piliers et des amygdales.

Phlegmons. — Les adéno-phlegmons doivent être signalés dans les accidents de la dent de sagesse.

Arthrite temporo-maxillaire. — L'inflammation peut envahir l'articulation temporo-maxillaire et donner lieu à des phénomènes d'arthrite, surtout lorsqu'il y a auparavant de l'infection osseuse.

Complications nerveuses. — On cite des névralgies, des paralysies, des tics, des convulsions épileptiformes et des crises d'hystérie (Cornudet, thèse Paris, 1887).

Voilà rapidement dressé le bilan des méfaits occasionnés par l'évolution et l'éruption des trois dentitions. Nous voyons que la plus grande partie des appareils y prend part, nous avons en effet signalé des troubles gastro-intestinaux, des troubles nerveux, des troubles pulmonaires, des troubles cutanés, etc.

Nous verrons dans la troisième partie, en les discutant, les rapports signalés par la théorie gingivo-dentaire de la pelade, entre l'évolution, l'éruption des dents et l'apparition consécutive des plaques peladiques.

CHAPITRE II

De la carie dentaire et des infections de voisinage auxquelles elle donne lieu.

« La carie dentaire est une altération spéciale des tissus durs de la dent progressant de la périphérie au centre, s'observant surtout sur les dents ou parties de dents anormalement constituées » (Dubois).

Un ensemble de symptômes indiquent la présence d'une carie, ce sont les symptômes physiques et les symptômes fonctionnels.

Symptômes physiques. — Lorsque la carie débute dans une dépression (fissure) de la couronne, cette dépression revêt un aspect foncé. Si au contraire le point initial de la carie est situé sur une surface plane, ce point prend une coloration blanchâtre ou brunâtre.

Symptômes fonctionnels. — Les symptômes fonctionnels de la carie à son début sont généralement nuls. Cependant, lorsque la carie progresse, attaquant successivement la dentine et la pulpe, on note d'abord une sensibilité thermique ou chimique, puis ensuite la douleur revêt un caractère de spontanéité toute particulière, et enfin la dent devient douloureuse à la percussion.

Classification. — Nous profitons de cette courte étude de la carie, et bien que cela puisse paraître en dehors du

sujet, pour proposer de substituer une nouvelle classification à l'ancienne, généralement adoptée, à laquelle nous reprochons de manquer par trop de précision et de ne pas dire grand'chose.

Nous proposons donc la classification suivante :

Carie de l'émail ;

Carie de la dentine ;

Infection pulpaire ;

Nécrose pulpaire.

Cette nomenclature nous paraît avoir plus de précision et indiquer nettement le tissu et la région malades (D^r Chompret).

1^o *Carie de l'émail*. — Cette carie se traduit, quand elle est récente, par une certaine opacité de l'émail et quand elle est ancienne, par une tache brunâtre. La région cariée a souvent la consistance crayeuse. Elle siège sur la face triturante des dents ou sur les faces latérales; il n'y a pas de douleur ni à la percussion, ni au chaud ou au froid. Cependant il n'est pas moins vrai que dès ce moment l'*organe pulpaire souffre*, et la preuve nous en est donnée par l'examen d'une coupe de dent atteinte de carie superficielle : on constate toujours dans la dentine un cône en rapport avec la lésion de l'émail, cône blanc et transparent, qui indique que la pulpe réagit en face de l'attaque.

2^o *Carie de la dentine*. — La dentine est atteinte après destruction de l'émail, et, suivant l'épaisseur de dentine saine qui sépare cette carie de la pulpe, on a des symptômes quelque peu différents. Si la pulpe est encore loin de la carie, on a une absence de douleur à la percussion ou au toucher, au chaud ou au froid ; cependant le contact des

aliments sucrés éveille une sensation douloureuse ; pas ou peu d'odeur. Si la dentine est cariée au voisinage de la pulpe, le toucher et la percussion deviennent sensibles, et le patient éprouve une certaine douleur à la suite d'un pansement trop tassé au fond de la cavité ; les aliments acides et sucrés provoquent une légère douleur, ainsi que le contact du chaud et du froid. Les cotons de pansements sont imprégnés d'une odeur caractéristique due aux débris alimentaires et à l'ivoire carié.

3° *Infection pulpaire*. — L'émail et la dentine sont détruits, la pulpe est atteinte. On a alors une véritable inflammation de la pulpe, une pulpite. Les pulpites *aiguës* sont caractérisées au point de vue subjectif d'abord par une sensation de gêne qui se transforme bientôt en une douleur lancinante excessivement vive, revenant par crises surtout la nuit, c'est la *rage de dents*, avec ses irradiations du côté de l'oreille, du côté de l'œil et du côté des branches du trijumeau. La dent est douloureuse à la pression, à la percussion, au contact du froid, du chaud et des aliments acides.

Dans la pulpite *chronique* la pulpe n'est douloureuse qu'à la pression ; on observe cependant parfois une douleur sourde, continue, avec exaspération vespérale.

4° *Nécrose pulpaire*. — La pulpe est nécrosée. La couronne de la dent est presque totalement détruite et ce qui en reste a revêtu une teinte grise assez prononcée ; la grande cavité qui la remplace dégage une odeur *sui generis*. Insensibilité complète aux agents thermiques et chimiques.

C'est à cette nécrose pulpaire qu'appartiennent les complications de la carie dentaire.

Complications. — Ces complications de la carie sont

surtout des accidents consécutifs aux caries totales avec inflammation du ligament alvéolo-dentaire. Ce sont : l'*arthrite alvéolo-dentaire* aiguë ou chronique, avec fistules ou avec kystes radiculaires, la *nécrose* plus ou moins étendue de l'alvéole et du maxillaire, l'*adénite*, l'*adéno-phlegmon*, les *abcès du sinus maxillaire*, sans oublier la *pyorrhée alvéolaire*, etc. et enfin des troubles nerveux intimement liés à l'intensité de la douleur.

Étiologie. — La carie dentaire se montre indistinctement à tous les âges, il n'est aucune période de la vie qui en soit exempte, en un mot il n'y a pas, comme semble le croire M. Jacquet, d'« entr'acte dentaire » selon sa propre expression.

La race, l'hérédité, la constitution générale, le sexe, la situation climatérique sont incontestablement des facteurs importants dans l'étiologie de la carie, et on n'ignore pas que dans certaines régions, dans certains départements, Loire-Inférieure (Sabouraud), Seine-Inférieure (Moty) et quelques autres encore, le nombre de caries dentaires est considérable. Nous rappellerons aussi l'influence manifeste des affections fébriles et des tares diathésiques (arthritisme, diabète). Certaines professions prédisposent aux caries : les confiseurs ont en général des dents déplorables et on a signalé récemment un état pathologique semblable chez les fariniers. Au point de vue local, certaines dents, par les anomalies congénitales de structure qu'elles présentent, et parfois aussi par des modifications acquises dans la composition et la disposition des tissus durs de la dent (Cruet), présentent des conditions particulièrement favorables à la carie (espaces interglobulaires dans la dentine et élargisse-

ment des canalicules de l'ivoire, diminution de la matière minérale, etc.). Enfin la plus ou moins grande quantité d'agents infectieux dans la bouche, dans la salive résultant de l'état général de la santé, les modifications chimiques de la salive, les fermentations acides qui se produisent dans la bouche avec les aliments, et donnent naissance aux acides oxalique, acétique, butyrique, citrique, tartrique, etc. (Cruet), tous ces facteurs entrent en jeu dans la production de la carie dentaire, préparant en quelque sorte un terrain favorable au développement des microbes spéciaux. L'étiologie de la carie dentaire présente donc une *extraordinaire ampleur*.

Enfin nous pouvons dire que dans toutes les phases évolutives de la carie dentaire, depuis la lésion superficielle jusqu'à la nécrose pulpaire, *le tissu nerveux de la dent est atteint* et peut donner lieu par conséquent à *des troubles trophonévrotiques réflexes*. Il est assez difficile de se demander à quel degré d'infection il faut attribuer une valeur pouvant entrer en ligne de compte parmi les *sommations peladogènes*.

TROISIÈME PARTIE

DE L'ÉVOLUTION DES DENTS ET DE LA CARIE DENTAIRE DANS LEUR RAPPORT AVEC LA PELADE

Il est intéressant de voir l'évolution qui s'est faite dans l'esprit de M. Jacquet depuis le premier jour où il s'est occupé de la question pathogénique de la pelade. La pelade eut d'abord pour Jacquet une origine purement *dentaire* (carie, évolution), puis il a successivement étendu le champ étiologique de cette affection, faisant entrer dans cette étiologie les lésions *gingivo-dentaires*, toutes les gingivites, gingivites spécifiques, septiques, toxiques, localisées ou généralisées. Bref, nous arrivons ainsi à l'origine *buccale* de la pelade. C'est à ce moment que Jacquet ayant étendu considérablement le champ de départ des réflexes peladogènes, fait à la Société médicale des hôpitaux, une intéressante communication, en mars 1902, dans laquelle il établit nettement les « sommations peladogènes » suivant sa propre expression.

D'après Jacquet, « la pelade n'est pas une dermatose *spécifique*, c'est une lésion *banale* favorisée par une viciation complexe des tissus et des humeurs, déterminée et *fixée* par des irritations locales diverses dont l'éruption et les lésions dentaires constituent les plus communes ». M. Jacquet pense que « le plus souvent une série de causes agissant dans le même sens s'associent pour constituer une

somme ou *sommation peladogène*, la dépilation n'étant ainsi qu'une *résultante*... », « cette sommation peut se faire suivant des modalités différentes : une ou plusieurs conditions d'ordre *général*, s'associant à une ou plusieurs conditions d'ordre *local*, d'où combinaisons pathogènes variées ».

Comme causes générales M. Jacquet invoque soit le surmenage, soit la tuberculose, soit une diathèse quelconque, en un mot toute affection générale qui place l'organisme dans un état de moindre résistance. En ce qui concerne les causes locales, leur nombre en est extrêmement varié : toute lésion locale d'évolution ou de carie dentaires, lésions de la bouche, du nez, des oreilles, etc., etc. Donc, en un mot, des conditions générales très élastiques et des conditions locales très diverses.

Sans nous étendre à toutes ces « sommations » nous étudierons spécialement les lésions buccales ou bucco-dentaires pouvant être le point de départ du réflexe tropho-névrotique.

Évolution et éruption dentaires. — *Première dentition.*
— On ne peut s'empêcher de se demander lorsque l'on songe d'une part à l'énoncé des « sommations peladogènes » et d'autre part aux troubles pathologiques si nombreux et parfois si graves produits chez le tout jeune enfant par l'évolution de ses premières dents, on ne peut, dis-je, s'empêcher de se poser cette question : Pourquoi dans la première enfance, à l'époque où les maxillaires sont profondément troublés par le travail d'évolution de la première dentition, pourquoi l'évolution et l'éruption des dents qui est alors capable de produire des troubles somatiques si variés et d'allure aussi bruyante, pourquoi cette pénible évolution ne

produit-elle pas des troubles trophiques du cuir chevelu, des plaques de pelade ? L'existence des accidents de la dentition nous montre bien que les enfants sont à ce moment-là en un état notable de moindre résistance, réunissant ainsi les deux facteurs des sommations peladogènes : 1^o condition d'ordre général ; 2^o condition d'ordre local, et quelles conditions d'ordre local ! *La dentition tout entière est en évolution !*

D'après la théorie gingivo-dentaire de la pelade, on s'attendrait à voir une grande partie des jeunes enfants porteurs d'aires peladiques, or chacun sait combien *rare* est la pelade dans la première enfance. On ne peut certes point pour expliquer cette rareté mettre en avant la négligence maternelle laissant inaperçues une ou plusieurs plaques de pelade, car les mères sont rares à coup sûr qui n'examinent pas leur bébé sur toutes ses faces !

Cette question, nous l'avons posée à la séance de la Société de Stomatologie du 18 mai 1903, séance à laquelle M. le D^r Jacquet avait bien voulu prendre part, pour discuter avec son habituelle courtoisie la communication que nous faisions, avec le D^r Chompret, sur ce sujet (1). M. Jacquet nous a répondu que la pelade était rare en effet chez le tout jeune enfant et qu'il ne savait pourquoi.

En ce point donc la théorie gingivo-dentaire se trouve en défaut.

Deuxième dentition. — Ici nous sommes frappés d'un fait : pendant l'évolution si bruyante et si pénible des pre-

(1) MM. CHOMPRET et ED. PATTE, Essai sur la pelade d'origine gingivo-dentaire, *Société de Stomatologie*, 18 mai 1903 et *Revue de Stomatologie*, juillet 1903.

mières dents, on n'observe que *très rarement* la pelade, mais voici que pendant l'évolution de la deuxième dentition, qui, sauf rares exceptions, passe *inaperçue*, comme nous l'avons vu ailleurs, on observe la pelade avec *fréquence* ! D'après la théorie gingivo-dentaire on s'attendrait certes au contraire, et nous croyons être en droit de nous étonner en voyant cette fréquence des lésions peladiques pendant la plus calme et la plus tranquille des évolutions dentaires.

Ceci encore nous paraît être en contradiction avec la théorie gingivo-dentaire.

Troisième dentition. — M. Jacquet a souvent incriminé l'évolution et l'éruption des dents de sagesse dans l'étiologie de la pelade. D'autre part nous avons vu plus haut la fréquence, et l'importance excessive des lésions gingivales et de voisinage qui accompagnent l'éruption de la troisième molaire. Nous demanderons donc aux partisans de la théorie gingivo-dentaire, comment se fait-il que l'on n'observe pas d'aires peladiques chez tous les malades ayant de ces accidents de la dent de sagesse ? Nous leur demanderons également si les lésions peladiques se répètent avec chaque éruption de dent de sagesse, chez les sujets réunissant l'ensemble des sommations peladogènes ? Pour notre part nous avons vu à la consultation dentaire de St-Louis (service de M. le docteur Combe), bon nombre de malades ayant des accidents dus à l'éruption de la troisième molaire, et nous n'avons jamais constaté chez eux la moindre apparition de pelade. Pourtant leur état général subissait le contre-coup de ces lésions locales.

La théorie gingivo-dentaire nous paraît encore en défaut.

Chute des dents. — Prenons un sujet arrivé à la vieillesse,

ses dents tombent, il se fait dans son maxillaire un travail de résorption des alvéoles qui disparaissent, et d'autre part, du fait même de sa vieillesse, ce sujet est dans un état de moindre résistance, il réunit donc l'ensemble des sommutations peladogènes et nous devrions trouver fréquemment la pelade chez le vieillard. Tout au contraire les faits nous apprennent que la pelade sénile est très rare.

Nouveau point faible de la théorie gingivo-dentaire.

Carie dentaire. — « *Entr'acte dentaire* ». — Pour M. Jaquet, il y aurait de 14 à 19 ans un « entr'acte dentaire » correspondant à un « entr'acte » peladique. Cette expression ne nous paraît exacte à aucun point de vue. En premier lieu, la carie dentaire est excessivement fréquente à cette époque de la vie ; nous avons remarqué nous-même, ainsi que tous les dentistes, la vulnérabilité des dents des jeunes gens et en particulier des jeunes filles, vulnérabilité d'autant plus évidente que la calcification des dents n'est pas encore terminée à cet âge et ne se termine du reste que vers la vingt-cinquième année. Ensuite dans les tableaux sur l'évolution dentaire, que nous avons donnés plus haut, nous voyons que la troisième molaire commence à évoluer à l'âge de six ans par l'apparition de l'organe de l'émail, puis à sept ans apparaissent à leur tour le bulbe et la paroi du follicule, à huit ans se fait la clôture du follicule et la rupture du cordon, à douze ans apparaît le chapeau de la dentine, l'éruption se fait à partir de dix-neuf ans et de douze à dix-neuf ans la dent s'accroît en volume. Il résulte de ceci *qu'il n'y a point d'entr'acte dentaire*, pas plus de quatorze à dix-neuf ans, que dans n'importe quelle période de la vie. Et cependant la *théorie gingivo-dentaire* observe un *entr'acte peladique*. Pourquoi ?

Caries professionnelles. — Certaines professions prédisposent à la carie dentaire d'une façon toute particulière, la confiserie en premier lieu. Chacun sait en effet avec quelle fréquence se voient les caries dentaires chez les confiseurs ; ces caries dues au sucre que mangent souvent les ouvriers et aussi à la fermentation des poussières de sucre déposées au collet des dents, amènent généralement de grands ravages dans la dentition des confiseurs. On a signalé aussi tout récemment la fréquence plus grande de la carie chez les fariniers. Nous n'avons jamais vu signalée l'existence plus fréquente de la pelade dans ces professions.

Caries régionales. — Nous avons vu précédemment en traitant de l'étiologie des caries dentaires que dans certaines régions (Loire-Inférieure, Seine-Inférieure), les dents cariées étant excessivement nombreuses et cependant la pelade n'est pas plus fréquente qu'ailleurs dans ces deux départements.

Diabète. — Les lésions dentaires et gingivales dans cette affection nous paraissent assez importantes pour ne pas les passer sous silence, et je ne sache pas pourtant que l'on ait remarqué une plus grande fréquence de la pelade chez les diabétiques.

Rapport chronologique. — Un point intéressant et qui doit être mentionné, c'est le rapport chronologique que signale M. Jacquet entre les affections buccales et les lésions peladiques. Ce rapport chronologique varierait de la *simultanéité* à *quatre mois d'intervalle*. Ce sont là, il faut l'avouer, des limites un peu vagues et trop élastiques... Et nous ne croyons pas, comme l'a fait du reste remarquer le Dr Chompret à la Société de Stomatologie (18 nov. 1902)

qu'il y ait un sujet sur cent ou sur mille qui en *quatre mois* n'ait une lésion gingivo-dentaire quelconque, mais suffisante cependant pour expliquer le point de départ d'un réflexe. Nous avons vu en effet que depuis la poussée de notre première dent jusqu'à la chute de la dernière, notre maxillaire est continuellement en évolution et par suite notre bouche ne cesse d'être en état proche de réceptivité infectieuse.

Considérations dermatologiques. — *Ophiasis.* — Nous avons vu dans la première partie de ce travail la fréquence plus grande de la pelade ophiasique chez l'enfant, nous avons indiqué la marche spéciale et l'allure toujours identique de cette forme de pelade et nous nous demandons comment nous devons nous expliquer par des lésions gingivo-dentaires la marche de l'ophiasis, toujours identique à elle-même et d'une symétrie aussi frappante. Quelle est la lésion dentaire ou quelles sont les lésions dentaires capables de produire toujours la même lésion du cuir chevelu ? M. le D^r Jacquet, lorsqu'il a bien voulu répondre à notre communication, a indiqué pour expliquer les lésions de la pelade ophiasique l'évolution des molaires et plus tard des dents de sagesse. Mais cette explication ne nous paraît pas suffisante, car nous avons rencontré bien des fois la pelade ophiasique chez des enfants de l'Ecole Lailler, ou de la consultation externe du Laboratoire Lailler dont les molaires avaient terminé leur évolution et se trouvaient exemptes de caries. D'autres fois nous n'avons trouvé qu'une seule carie dentaire bien insuffisante pour expliquer l'ophiasis avec ses lésions bilatérales.

Pelades généralisées. — Parmi le grand nombre de cas

de pelade que nous avons vus pendant près de trois ans à l'hôpital St-Louis, nous avons rencontré quelques cas de pelade généralisée. Nous en avons recueilli quelques observations que nous citons dans ce travail (Obs. XXXV, XXXVI, XXXVII). Les lésions dentaires qui y sont signalées nous semblent certes bien insuffisantes pour expliquer cette déglabration totale et généralisée à toutes les régions du corps. Nous ajouterons en outre que les sujets des deux premières observations ont eu leurs lésions dentaires traitées sans que la repousse en soit résultée.

Pelades familiales. — Il nous est également arrivé de rencontrer, et nous en donnons une intéressante observation (Obs. XXXIII, XXXIV, XXXV), des pelades empreintes d'un cachet familial, comme si certaines familles étaient plus aptes que d'autres à faire de la pelade. Dans notre observation, le grand-père, le père et deux filles ont la pelade. Les lésions dentaires peuvent-elles expliquer cette hérédité peladique ?

Troubles trophiques des ongles. — Nous avons longuement insisté dans notre première partie sur les troubles des ongles que nous avons rencontrés chez les peladiques avec une fréquence de 35 pour 100. Nous ne nous expliquons encore pas ces lésions unguéales par des troubles gingivo-dentaires pathologiques ou évolutifs.

Considérations générales. — Mis en éveil par l'énoncé des « Sommations peladogènes », nous avons recherché avec soin la pelade des cheveux et de la barbe chez tous les malades qui viennent à la consultation dentaire de l'hôpital St-Louis, service de M. le D^r Combe, se faire extraire ou soigner des dents, et sur une moyenne d'environ cent ma-

lades par semaine, durant l'espace de six mois, nous n'avons rencontré *aucune* lésion peladique. Or, cette clientèle hospitalière, tant masculine que féminine, présente au plus haut point la somme des causes agissant dans le même sens pour constituer la sommation peladogène de la théorie de M. Jacquet. En effet, les malades traités sont en totalité des ouvriers vivant continuellement dans de déplorable conditions d'hygiène, se nourrissant mal, subissant les ravages progressifs et profonds de l'alcoolisme qui les mettent sans contredit en état de moindre résistance, quand ils ne les ont pas déjà conduits à la tuberculose. Anémiés et déprimés par le travail, les excès de toute nature et l'insuffisance de l'alimentation ou sa mauvaise qualité, ces malades présentent bien une ou plusieurs conditions d'ordre général auxquelles s'associe une cause quelconque d'ordre local : lésion dentaire, pour former la totalité des causes peladogènes, en un mot la sommation peladogène. Sur 3.000 porteurs de lésions dentaires réunissant ainsi les sommations peladogènes, nous n'avons *jamaïs* vu la moindre lésion peladique ; au contraire : de toutes les pelades qu'il nous a été donné d'examiner, nous n'avons trouvé aucun rapport net entre la pelade et les lésions dentaires, ainsi que MM. Jacquet, Rodier et Frey ont pu en rencontrer et en publier des observations.

En outre nous avons choisi quelques petits peladiques, parmi les jeunes malades de l'Ecole Lailler, que nous pouvions voir et suivre chaque jour dans l'évolution de leur pelade. Nous avons traité les lésions dentaires qu'ils présentaient (extractions et obturations), et, dans les observations que nous donnons plus haut (Obs. VII à XIII), on ne voit

aucun rapport entre le traitement dentaire et l'évolution des plaques peladiques.

Nous avons vu, d'autre part, à l'Ecole Lailler, une quantité de malades porteurs de lésions peladiques en concomitance avec des lésions dentaires, *guérir sans aucune intervention du côté des dents malades* ; et nous signalons plus haut des observations analogues (Obs. XXVIII, XXX, XXXI, XXXII), recueillies au Laboratoire Lailler.

Nous voudrions maintenant mettre en évidence un groupe de faits qui présentent une certaine importance. Si les lésions dentaires sont capables de produire de la pelade chez les individus présentant une condition d'ordre général, on doit pouvoir chez ces mêmes individus faire naître à volonté des aires peladiques en produisant chez eux des troubles dentaires. Je m'explique : un tuberculeux par exemple a une carie dentaire à droite, une plaque de pelade apparaît au côté droit de son cuir chevelu, puisqu'il réunit si bien les sommations peladogènes, si on produit une irritation quelconque du côté gauche de sa mâchoire, une plaque de pelade devra forcément apparaître du côté gauche de son cuir chevelu, puisque dans des conditions absolument identiques il en a fait une à droite. D'autre part, les stomatologistes sont souvent appelés à pratiquer des redressements de dents chez des sujets plus ou moins rachitiques, présentant des dystrophies sensibles dans l'implantation de leurs dents. Ces redressements sont longs, pénibles par les modifications qu'ils font subir aux maxillaires. Nous n'avons jamais observé, ni entendu dire, d'ailleurs, que ces travaux dentaires aient été suivis de plaques de pelade.

En outre, comme le faisait remarquer M. le Dr Cruet à la Société de Stomatologie, on est en droit de se demander comment guérissaient les pelades d'origine gingivo-dentaire avant l'institution de ce traitement particulier.

Enfin, si les lésions dentaires jointes à un mauvais état général sont le point de départ d'aires peladiques, nous devons nous étonner que le nombre des peladiques en général ne soit pas plus considérable. Nous avons vu en effet que depuis le jour de sa naissance jusqu'à son ultime vieillesse, l'individu a des dents qui évoluent, se carient et disparaissent, entraînant des modifications *continues* des maxillaires aussi bien que des muqueuses, et d'autre part le nombre est considérable des gens atteints soit d'une diathèse quelconque, soit d'une affection générale ou encore qui sont déprimés par le surmenage ! En un mot que de gens réunissent en tous points l'ensemble des sommations peladogènes ! Et combien peu proportionnellement dans cette foule sont peladiques !

D'ailleurs la carie dentaire est une chose si fréquente que l'on ne doit pas s'étonner de la voir en concomitance avec la pelade, on la trouverait aussi bien associée à toute autre maladie, au psoriasis ou au lichen par exemple, sans pour cela en faire le point de départ de ces affections. Nous avons fait nous-même, à l'Ecole Lailler, un pourcentage des lésions dentaires chez les peladiques et chez les teigneux, et nous avons trouvé, comme par ironie, 77 pour 100 de lésions dentaires chez les peladiques et 83 pour 100 chez les teigneux !

Les partisans de la théorie gingivo-dentaire nous répondront sûrement en nous citant les observations recueillies

par le Dr Jacquet et ses élèves, de malades présentant une ou plusieurs plaques de pelade dont la guérison a suivi de près soit l'avulsion, soit le traitement de une ou plusieurs dents cariées, voire même la réfection d'appareils de prothèse blessant les gencives, ou encore l'évolution et l'éruption des dents de sagesse. Mais ces observations sont-elles vraiment concluantes en elles-mêmes ? Elles n'ont pas été prises en grande partie par des spécialistes. Elles ont été recueillies d'ordinaire soit par des stomatologistes ayant une connaissance infime de la dermatologie, soit par des dermatologistes connaissant fort peu d'odonto-stomatologie. C'est ainsi par exemple que nous avons vu, dans un cas de pelade occipitale chez une personne de vingt-cinq ans, impliquer l'évolution d'une dent de sagesse *complètement sortie depuis plusieurs années*, l'observateur ne s'étant point aperçu que la première grosse molaire avait été enlevée avant 10 ans et que les deuxième et troisième grosses molaires s'étaient progressivement avancées au point de ne laisser aucun espace vide en arrière de la deuxième petite molaire...

Des erreurs aussi lourdes sont rares certainement, mais alors même que ces observations ne pécheraient par aucun point et sembleraient concluantes, il serait difficile d'attribuer la repousse des cheveux à l'avulsion ou aux soins dentaires seuls et pour un nombre très limité de cas de pelade, par ce fait même que les pelades ne sont pas rares, qui après avoir évolué un certain temps, des mois entiers même, sans aucun traitement et livrées à elles-mêmes, se sont recouvertes de poils de repousse. On peut donc, et certes non sans bonnes raisons, penser que la repousse dans ces cas

est une de ces repousses spontanées si fréquentes et dont l'évolution a lieu consécutivement à des soins dentaires, par le seul fait du hasard, que l'on est d'autant plus en droit d'invoquer que le nombre des pelades gingivo-dentaires est, jusqu'ici, fort restreint, eu égard au nombre considérable des peladiques.

CONCLUSIONS

De tout ce qui précède, on peut conclure, d'abord que nous savons extrêmement peu de choses sur la pathogénie de la pelade et qu'il est impossible de donner sur ce sujet des conclusions claires et fermes. Tout ce qu'on peut dire c'est que les conclusions auxquelles on se croit plutôt conduit sont dubitatives. Ce sont des conclusions d'attente.

1° Jusqu'à plus ample informé la plupart des pelades en aires doivent être considérées comme distinctes dans leur cause et dans leur nature, des alopecies diffuses d'ordre général.

2° L'examen clinique et microscopique attentif rend probable la multiplicité des pelades, ce qui explique pour une grosse part les confusions existantes.

3° Il est certain qu'il existe des alopecies en aires post-traumatiques, post-impétigineuses, etc., dont les caractères sont spéciaux, dont l'évolution peut être suivie à coup sûr et doivent par conséquent être distinguées de ce que le clinicien désigne sous le nom de pelade.

4° Même dans la pelade vraie, essentielle, il existe de très nombreuses variétés cliniques, ainsi l'ophiasis de Celse à début occipital, ainsi les pelades évoluant rapidement et bénignement chez des pityriasiques et des séborrhéiques.

5° Beaucoup de pelades accompagnent un état anormal de l'individu tout entier, ou tout au moins du système épidermique et des phanères, c'est ce que prouvent les pelades

chez les convalescents et les troubles peladiques des ongles, fréquents chez beaucoup de gens atteints de pelade chronique ayant tendance à se généraliser. On trouve également la pelade chez des gens atteints à la fois d'hypoacidité urinaire, d'eczéma et d'albuminurie, chez des tuberculeux. On en trouve accompagnant la morphee, le vitiligo, etc.

Dans un certain nombre de cas on a pu voir la pelade suivre un accident traumatique grave. Enfin l'influence des grandes infections et des tares héréditaires qui en résultent ont, sur le développement de la pelade une action qui ne peut être contestée; au premier rang de ces causes on doit placer la syphilis (Fournier).

6° L'influence invoquée des causes de voisinage traumatisant le système nerveux paraît devoir être acceptée dans quelques cas rares (mastoidites, accidents gingivo-dentaires), mais dans l'immense majorité des cas l'influence de ces dernières causes sur l'apparition de la pelade doit être considérée comme nulle.

Vu :

Le Président de la thèse,
HUTINEL.

Vu :

Le Doyen,
DEBOVE.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Ch. Audry (de Toulouse). — Pelade des ongles. *Annales de dermatologie*, décembre 1898.

Celse. — (De la medica, VI).

Chompret et Ed. Patte. — Essai sur la pelade d'origine gingivo-dentaire.

— *Société de Stomatologie*, séance du 18 mai 1903.

— *Revue de Stomatologie*, juillet 1903.

Darier. — Pelade décalvante totale (récidive) avec lésions des ongles. *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, 1898, p. 1009.

Ed. Dauzats. — *Recherches sur la contagiosité de la pelade*, thèse Paris, 1901.

Déhu. — Art. Pelade in *Pratique Dermatologique*, t. III, 1902.

L. Jacquet. — Nature et traitement de la Pelade in *Ann. de Derm.*, mai, juin, août, septembre 1900.

— Pelade et lésions dentaires. *Société de Dermatologie*, 8 novembre 1900.

— Pelade et lésions dentaires. *Presse médicale*, n° 93, 10 novembre 1900.

— Relations entre la pelade, l'agénésie pileaire, la calvitie et les lésions dentaires dans la pelade. *Soc. de Derm.*, 7 février 1901.

— Irritation générale comme point de départ de la pelade, *Soc. de Derm.*, 2 mai 1901.

— Irritation gingivale comme point de départ de la pelade. *Soc. de Derm.*, 5 décembre 1901.

— Nature et traitement de la pelade. La pelade d'origine dentaire. *Ann. de Derm.*, janvier et février 1902. *Soc. de Derm.*, 6 février 1902.

— Les sommations peladogènes. *Société médicale des hôpitaux*, 7 mars 1902.

— Pelade d'origine dentaire. in *Revue de Stomatologie*, mai 1902.

— *Société de Stomatologie*, 16 mars et 26 mai 1902.

— Pathogénie de la pelade. *Soc. de Derm.*, 6 juin 1902.

— Lésions dentaires et pelade. *Soc. de Derm.*, 3 juillet 1902.

— Syndrome néo-dentaire avec pelade. *Société médicale des hôpitaux*, 11 juillet 1902.

L. Jacquet et Portes. — Troubles du chimisme sanguin et urinaire dans la pelade. *Ann. de Derm.*, mars 1901.

Péchin. — *Indications et résultats de la cure gingivo-dentaire dans la pelade*, thèse Paris, novembre 1902.

Sabouraud. — Art. Pelade du *Traité des maladies de l'enfance*, t. V.

— Sur l'ophiasis de Celse. *Ann. de Derm.*, 1898.

— Rapport général au Congrès de Dermatologie de 1900.

Trémolières. — La pelade in *Gazette des hôpitaux*, 27 septembre-4 octobre 1902.

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS	Pages 5
INTRODUCTION.	7

PREMIÈRE PARTIE

CHAPITRE	I. — Différence essentielle entre les alopecies en aires et les alopecies diffuses	41
CHAPITRE	II. — Multiplicité certaine des alopecies en aires	49
CHAPITRE	III. — Multiplicité probable des pelades	27
CHAPITRE	IV. — Fréquence plus grande du type ophiasis chez l'enfant.	34
CHAPITRE	V. — Alopecies en aires à évolution bénigne et rapide sur des têtes portant des pityriasis gras, leur flore particulière.	39
CHAPITRE	VI. — Complexus dermatologique chez les peladiques avérés	43
CHAPITRE	VII. — Les pelades vraies chez les convalescents	48
CHAPITRE	VIII. — Pelade post-traumatique.	51
CHAPITRE	IX. — La pelade des ongles.	56
CHAPITRE	X. — De l'influence des grandes infections et des tares héréditaires qui en résultent dans l'étiologie de la pelade	62
CHAPITRE	XI. — Etude du cheveu peladique, de ses variétés, du bol pileux qui en suit l'expulsion, de l'ataxie papillaire qui la prépare et de l'achromie des plaques peladiques	70
OBSERVATIONS.		77

DÉUXIÈME PARTIE
DE L'ÉVOLUTION DES DENTS ET DE LA
CARIE DENTAIRE

CHAPITRE I. — De l'évolution des dents	102
CHAPITRE II. — De la carie dentaire et des infections de voisinage auxquelles elle donne lieu	109

TROISIÈME PARTIE
DE L'ÉVOLUTION DES DENTS ET DE LA CARIE DEN-
TAIRE DANS LEUR RAPPORT AVEC LA PELADE.

CONCLUSIONS	127
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.	129